

様式第6（第7条関係）

はり、きゆう施設利用券交付申請書

被保険者証	記号		番号	
国民健康保険はり、きゆう施設利用券を交付して下さるよう、被保険者証を添えて申請します。 年 月 日 利用者 鹿児島市 丁目 番 号 町 番地 年 月 日生 氏名 電話番号（ - - ） 鹿児島市長 殿				
交付番号		保険税		受付
		新	完	未
No.		規	納	納
特定健診	有（端末・保険証・その他） / 無※			

※40歳以上の方で無の場合は次のいずれかを確認し丸で囲む

- ア 他で検査済み イ 妊産婦
 ウ 6カ月以上継続入院 エ 施設入所
 オ 今年度受診予定 カ その他（ ）

はり、きゆう施設利用補助金交付台帳

交付日

記号	番号	期間	回数	利用者	氏名		No.		交付番号	
					月	施術担当者指定番号	月	施術担当者指定番号	期間	回数
4						10				
5						11				
6						12				
7						1				
8						2				
9						3				