|  |
| --- |
| 様式第１号（第５条関係） |
| 太宰府市国民健康保険はり・きゅう受療証交付申請書 |
| 記号・番号 | 記号 | 番号 | 　 | 交付 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 番号 | 　 |
| 世帯主氏名 | 　 |
| 受療を希望する被保険者 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 続柄 | 　 |
| 　　 　上記のとおり、太宰府市国民健康保険はり・きゅう受療証の交付を申請します。 |
| 　　　 |
| 　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 　　申請人（受療を希望する人） |
| 　　　　住　所 |
| 　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 　　太宰府市長　殿 |
| 　　上記の受療証を受領しました。 |
| 　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 　　代理人が受領されるときは下記をご記入ください。 |
| 　 | 代理人 | 住　所 |  |  |  | 受領サイン |
| 　 |  | 氏　名 |  |  |  | 　 |
| 　 | 　 | 申請人との続柄 | 　 | 　 | 　 |