|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  |  |  |