

後期の例

北九州市はり、きゅう受療証交付申請書

(あて先)北九州市長

国民健康保険の被保険者番号				-									
後期高齢者医療保険の被保険者番号													

受療証の交付を受ける方の後期高齢者医療の被保険者番号をご記入ください。

利用上の注意事項(裏面)を了承のうえ、北九州市国民健康保険はり、きゅう利用規則第7条第1項及び北九州市後期高齢者のはり及びきゅうの施術に要する費用の補助に関する規則第6条第1項の規定に基づき下記のとおり申請します。

(申請者)	令和〇〇年〇〇月〇〇日	受療証の交付が 必要な方のお名前	北九 太郎									
北九州市 〇〇〇 区 〇〇町		生 年 月 日	明・大・昭・平	〇	年	〇	月	〇	日	年 齢	〇〇	歳
〇 丁目 〇 番(地) 〇〇号		受療証の交付が 必要な方のお名前										
氏名 北九 太郎 北九印		生 年 月 日	明・大・昭・平		年		月		日	年 齢		歳
(国保の場合世帯主氏名)		生 年 月 日	明・大・昭・平		年		月		日	年 齢		歳
(電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇)		受療証の交付が 必要な方のお名前										
		生 年 月 日	明・大・昭・平		年		月		日	年 齢		歳

上記のとおり受療証を交付してほしいか。

決	係 員	係 長	課 長
裁			

(決裁年月日 令和 年 月 日)

(交付年月日 令和 年 月 日)

(新年度分の交付 : 有 ・ 無)

※ 太線の中をご記入ください。

申請年月日、受療証の交付を受ける後期高齢者の住所、氏名、生年月日、電話番号をご記入の上、押印してください。(自署の場合は押印不要)