

北九州市国民健康保険はり・きゅう施術担当申請書

施 術 所	名 称		電 話 番 号	
	所 在 地	北九州市 区		
開 設 者	フリガナ		電 話 番 号	
	氏 名			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女	
施術科目	はり ・ きゅう	指定番号（指定済みの施術者がいる施術所のみ記入）	一 第 号	
<p>北九州市長 様</p> <p>北九州市国民健康保険はり、きゅう利用規則第8条第2項の規定に基づき、上記のとおり申請します。</p> <p>なお、同規則第8条第1項の第2号から第4号の該当の有無について、関係機関へ照会することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(施術担当者)</p> <p style="text-align: center;">住 所：</p> <p style="text-align: center;">フリガナ</p> <p style="text-align: center;">氏 名： ㊟</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合は押印不要)</p> <p style="text-align: center;">生年月日： 昭・平・令 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">性 別： 男 ・ 女</p>				
※指定記号番号		※指定年月日	令和 年 月 日	

※欄は記入しないこと

受付No.