

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	
北九州市長 様 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。 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。 令和 年 月 日 (施術担当者) 住 所： フリガナ 氏 名： ㊞ （自署の場合は押印不要） 生年月日： 昭・平・令 年 月 日 性 別： 男 ・ 女					
※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.