

柔道整復・鍼灸・あん摩マッサージ療養費支給申請書(写) 提供依頼書

群馬県後期高齢者医療広域連合長 様

申請日 年 月 日

※太枠内をご記入ください。

下記のとおり依頼します。

		被保険者 番号	
依頼者 (被保険者) 欄	氏名	(フリガナ)	
	生年月日	明治・大正 昭和	年 月 日
	住所	〒 電話番号 - -	
※法定代理人 の場合	氏名	(フリガナ)	
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
	住所	〒	

※氏名欄は、必ず本人が署名してください。(法定代理人の場合を除く。)

提供方法 の希望	1. 郵送提供 2. 窓口提供
-------------	--------------------------------------

※1. 郵送提供の場合は、後日、依頼者住所へ申請書の写しを郵送します。

※2. 窓口提供の場合は、後日、広域連合窓口にて申請書の写しを交付します。

依頼区分	施術所名(1)	
	施術所在地	
	施術期間	年 月 ~ 年 月
	施術所名(2)	
	施術所在地	
	施術期間	年 月 ~ 年 月

