

福岡市国民健康保険・後期高齢者はりきゅう費支給請求印届

令和 年 月 日

(あて先) 福岡市長

指定番号 _____ 号

施術所名称 _____ 開設者氏名 _____ 印

(開設者印は指定申請書に押印した印と同じものを使用してください↑)

記

福岡市国民健康保険・後期高齢者はりきゅう費支給請求にかかる印を下記のとおり届け出いたします。

