

様式第9号(第15条関係)

指定番号	浦国第	号
------	-----	---

浦添市国民健康保険はり、きゅう、あん摩、マッサージ  
及び指圧施術負担金請求書

年 月 日

浦添市長 殿

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

年 月 施術分の市負担金を次のとおり請求します。

区 分	施 術 利 用 券 枚 数	請 求 金 額
は り	枚	円
き ゅ う	枚	円
あん摩マッサージ指圧	枚	円
合 計	枚	円
決 定 (記入しないで下さい)	枚	円

(添付書類)施術明細書及び施術利用券

下記の口座に振り込んでください。

振 込 金 融 機 関	銀行 信金	本店	預 金 種 別
	農協 労金	支店	
口 座 名 義 人		口 座 番 号	