

様式第10号（第13条第1項）

年 月 日

糸満市長 殿

施術所 住所

名称

施術担当者 印

糸満市国民健康保険はり・きゅう・あん摩マッサージ・指圧施術負担金請求書

年 月施術分の市負担金を次のとおり請求します。

指定番号	糸国保第	号
------	------	---

区 分	利 用 券 枚 数	請 求 金 額
は り	枚	円
き ゅ う	枚	円
あ ん 摩	枚	円
マ ッ サ ー ジ	枚	円
指 圧	枚	円
合 計	枚	円
決定（記入しないで下さい）	枚	円

下記の口座に振り替えてください。

振込金融機関	銀行 信用金庫 協同組合	本店 支店	預金の種類
			普通 ・ 当座
フリガナ		口座番号	
口座名義人			

（添付書類） 施術利用券 第13条第1項
（提出期限） 施術月の翌月10日まで 第13条第1項