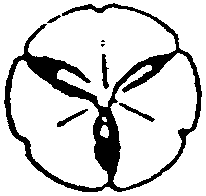
様式第8号（第5条関係）

|  |
| --- |
| 注　　　　意　　　　事　　　　項 |
| 1　この証と被保険者証及び印鑑持参の上「三股町国民健康保険はり、きゆう施術担当者指定証」の表示がある施術所に提出して施術を受けてください。  2　被保険者は1人につき1日1回として、年間60回を限度として施術が受けられます。補助金額は1回につき1,200円です。  3　施術を受けることができる範囲は、末しよう神経疾患及び運動器疾患に限られます。  4　施術を受けたときは、施術記録欄にその都度施術者印を受けてください。  5　この証は国民健康保険の被保険者の資格を失つたときは必ず国保年金係に返してください。  6　本証の有効期間後は、速やかに国保年金係へ返してください。返されない方については、次年度の利用者証の発行は行いません。  7　本証の再発行は行いませんので、大切に保管してください。 |



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 三股町国民健康保険  は り、 き ゆ う 施 術 利 用 者 証  年度 | | | | |
| 有効期限 | | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 交付番号 | | |  | |
| 被保険者証  記号番号 | | |  | |
| 利　　用　　者 | 住所 | | 三股町　　　　　　　　　　　　　番地 | |
| 氏名 | |  | 男  女 |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 保険者の  名称及び印 | | 宮崎県北諸県郡  三　　股　　町  ＴＥＬ（0986）52－1111 | | |
| 交付年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施　 術　 記　 録  ※　施術を受けたときは、必ず、その都度施術者の印を受けてください。（印なきは、無効） | | | | |
| 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 29 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月　日 | | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 31 | | 32 | 33 | 34 | 35 |
| 月　日 | | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 36 | | 37 | 38 | 39 | 40 |
| 月　日 | | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 41 | | 42 | 43 | 44 | 45 |
| 月　日 | | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 46 | | 47 | 48 | 49 | 50 |
| 月　日 | | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 51 | | 52 | 53 | 54 | 55 |
| 月　日 | | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 56 | | 57 | 58 | 59 | 60 |
| 備　　考 |  | | | | |