

令和 年 月分北九州市国民健康保険はり・きゅう補助金請求明細書 (施術者複数用)

被保険者番号 記号 40 番号								住所 丁目 番 号							
世帯主氏名								被保険者氏名 (患者) (昭・平・令 年生)							

- 1~31の数字は日付です。施術を行なった日に自署又は押印してください。
- 症状は、末梢神経疾患のとき 1 に、運動器疾患のときには 2 に ○ をつけてください。
- 施術担当者確認のため、施術者氏名の記入又は押印が必要です。

	はり	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 術	はり																
	きゅう	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	きゅう																
2 術		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		併用															
症状		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
施術者氏名																	

	はり	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	回数
1 術	はり																
	きゅう	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	きゅう																
2 術		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		併用															
症状		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
施術者氏名																	

委任状															審査印		
本施術にともなう補助金の請求および受領の権限を下記の者を受任者として委任します。																	
令和 年 月 日																	
印																	
委任者																	
(自署の場合は押印不要)																	
受任者 ※施術所 所在地及 び名称 も記入																	
印																	

請 求	1術	円 ×	回	円	決 定	1術	円 ×	回	円
	2術	円 ×	回	円		2術	円 ×	回	円

※ この欄は記入しないで下さい。