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　　区　　町 丁目　　番　　号
世帯主氏名	被保険者氏名（患者）　　（昭・平・令　　年生）

回数	施術日	該当する施術内容にシールを貼り付けてください		症状		施術者氏名
1		１術	２術併用	1	2	
2		１術	２術併用	1	2	
3		１術	２術併用	1	2	
4		１術	２術併用	1	2	
5		１術	２術併用	1	2	
6		１術	２術併用	1	2	
7		１術	２術併用	1	2	
8		１術	２術併用	1	2	
9		１術	２術併用	1	2	
10		１術	２術併用	1	2	
合計		１術　　回	２術　　回			

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。

・症状は、末梢神経疾患のときは　１　に、
運動器疾患のときには　２　に　○　をつけてください。

委　任　状

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

委任者　　㊞
（自署の場合は押印不要）

受任者
※施術所在地及び名称も記入　　㊞

審査印	
本庁	区
整理済	

請求				
	１術	円×	回	円
	２術	円×	回	円

決定				
	１術	円×	回	円
	２術	円×	回	円

※　この欄は記入しないで下さい。