

被保険者番号	住所 区 町 丁目 番 号
被保険者氏名	生年月日 (明・大・昭) 年 月 日

- ・ 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。

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

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

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 (患者) Ⓜ

(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 円× 回 円

決定 円× 回 円

※ この欄は記入しないで下さい。