様式第9号（第6条関係）

|  |
| --- |
| 年　　　月分三 股 町 国 民 健 康 保 険はり、きゆう施術料補助金請求書（明細書） |
| 被保険者証記号番号 |  | 利用者証番号 |  |
| 利用者氏名 |  | 生年月日 |  | 年　　　月　　　日 |
| 部位症状 |  | 施術者氏名 | ㊞ |
| 施　術　内　容 | 施術日（日） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| はり |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| きゆう |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術日（日） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| はり |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| きゆう |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術回数 | 回 | 請求額 | 円　 |
| 上記の金額を請求します。年　　月　　日利用者氏名　　　　　　　　　　　㊞三股町長　　　　　様 |
| 委　　　 任 　　　状上記の金額の請求及び受領に関する一切の権限を、施術担当者　　　　　　　　に委任します。年　　月　　日利用者氏名　　　　　　　　　　　㊞三股町長　　　　　 様 |

注　1月分ごとに別紙として請求してください。