

長崎県後期高齢者医療はり、きゅう施術費の助成に関する規則の一部を改正する規則
をここに公布する。

令和3年3月29日

長崎県後期高齢者医療広域連合長

田と富久

長崎県後期高齢者医療広域連合規則第6号

長崎県後期高齢者医療はり、きゅう施術費の助成に関する規則の一部を改正する
規則

長崎県後期高齢者医療はり、きゅう施術費の助成に関する規則（平成20年長崎県後
期高齢者医療広域連合規則第4号）の一部を次のように改正する。

第5条第2項中「1月当たり1回以上、被保険者の署名又は確認印を受けなければな
らない。」を「被保険者へ確認のうえ、1月当たり1回以上、被保険者氏名の記載を受け
なければならない。」に改める。

様式第1号から様式第5号までを次のように改める。

様式第1号 (第4条関係)

はり、きゅう施設費助成金交付申請書

指定番号

長広指定第

号

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 (施設担当者)

住 所

氏 名

電話番号 ()

下記のとおり、_____年__月分のはり、きゅう施設費助成金を支給して下さるよう、
はり、きゅう施設費明細書を添えて申請します。

記

申 請			* 審 査 決 定		
枚 数	回 数	全 額	枚 数	回 数	全 額
枚	回	円	枚	回	円

※ *印欄は記入しないこと

様式第2号 (第4条関係)

はり、さゆう施療明細書 (年 月分)

指定番号

長広指定番号

施療担当者 住所
氏名

被保険者番号

被保険者氏名

生年月日

明・大・昭 年 月 日

状

施療開始年月日

記 号

(1)

年 月 日

治療 中止 継続

(2)

年 月 日

治療 中止 継続

(3)

年 月 日

治療 中止 継続

回数

施療日

施療の種類

被保険者氏名

1

日

はり・さゆう

2

日

はり・さゆう

3

日

はり・さゆう

4

日

はり・さゆう

5

日

はり・さゆう

【内訳】

申請額

* 審査決定額

はり 回 × 700 円 → 円

さゆう 回 × 700 円 → 円

はり・さゆう 回 × 700 円 → 円

円

円

※ *印欄は記入しないこと

様式第3号 (第4条関係)

委 任 状

下記のとおり、_____年____月分以降の長崎県後期高齢者医療広域連合はり、さゆう医療費助成金の受領に関する権限を代理人に委任します。

年 月 日

施 病 者 担 所
氏 名

代 理 人 担 所
氏 名

【振込先】

金融機関	銀行 金庫 異種 組合		本店 支店 支所 出張所																		
預金種別	1 普通預金		2 当座預金																		
口座番号																					
口座名義	カナ																				
	漢字																				

様式第4号 (第6条関係)

はり、きゅう施術録 (年度分)

指定番号

長広指定第 号

施術担当者 住所
氏名

被保険者番号

被保険者氏名

生年月日

明・大・昭 年 月 日

症 状

施術開始年月日

転 帰

(1)

年 月 日

治療 中止 継続

(2)

年 月 日

治療 中止 継続

(3)

年 月 日

治療 中止 継続

(4)

年 月 日

治療 中止 継続

(5)

年 月 日

治療 中止 継続

施 術 内 容

回数	施術日	部 位	施術の種類	経過状況等
1	月 日		はり・きゅう	
2	月 日		はり・きゅう	
3	月 日		はり・きゅう	
4	月 日		はり・きゅう	
5	月 日		はり・きゅう	
6	月 日		はり・きゅう	
7	月 日		はり・きゅう	
8	月 日		はり・きゅう	
9	月 日		はり・きゅう	
10	月 日		はり・きゅう	

様式第5号(第8条関係)

はり、さゆう施済担当者指定申請書

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所
氏 名

下記のとおり、長崎県後期高齢者医療はり、さゆう施済費の徴収に関する規則第8条の規定により施済担当者に指定して下さるよう、関係書類を添えて申請します。

施済者	住 所	長崎県 市・郡 町
	氏 名	
	電話番号	()
施済所	所 在 地	長崎県 市・郡 町
	名 称	
	電話番号	()

【振込先】

金融機関	銀行 金庫 員協 組合	本店 支店 支所 出張所
預金種別	1 普通預金 2 当座預金	
口座番号		
口座名義	カナ	
	漢字	

様式第7号及び様式第8号を次のように改める。

様式第7号(第11条関係)

はり、きゅう施術担当者辞退届

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

施術担当者 氏 名

氏 名

電話番号

下記のとおり、施術担当者を辞退したいので、長崎県後期高齢者医療はり、きゅう施術費の助成に関する規則第11条の規定によりお届けします。

施 術 担 当 者	指 定 番 号	長 広 指 定 第 号
	氏 名	
辞 退 す る 年 月 日		
辞 退 す る 理 由		

様式第8号(第14条関係)

指定申請内容変更届

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

施請担当者 住所
氏名

下記のとおり、指定申請内容に変更が生じたので、長崎県後期高齢者医療はり、さゆう施請費の
期成に関する規則第14条の規定により、関係書類を添えてお届けします。

指定番号		長広指定番号			
施 請 者	住所	新	長崎県	市・郡	町
		旧	長崎県	市・郡	町
	氏名	新			
		旧			
	電話番号	新	()		
		旧	()		
施 請 所	所在地	新	長崎県	市・郡	町
		旧	長崎県	市・郡	町
	名称	新			
		旧			
	電話番号	新	()		
		旧	()		
届 込 先		金融機関	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名称
	新		普通 当座		
	旧		普通 当座		

附 則

この規則は、令和3年4月1日から施行する。