

様式第1号 (第4条関係)

はり、きゅう施術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 (施術担当者)

住 所

氏 名

印

電話番号 ()

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

記

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

※ *印欄は記入しないこと

はり、きゅう施術明細書 (年 月分)		指定番号	長広指定第 号
施術担当者 住 所 氏 名 印			
被保険者番号			性別
被保険者氏名			男
生年月日	明・大・昭	年 月 日	女
症 状	施術開始年月日	転 帰	
(1)	年 月 日	治癒 中止 継続	
(2)	年 月 日	治癒 中止 継続	
(3)	年 月 日	治癒 中止 継続	
回数	施術日	施 術 の 種 類	被保険者 署名又は確認印
1	日	は り ・ き ゅ う	
2	日	は り ・ き ゅ う	
3	日	は り ・ き ゅ う	
4	日	は り ・ き ゅ う	
5	日	は り ・ き ゅ う	
【内訳】		申請額	* 審査決定額
はり	回× 700 円＝		
きゅう	回× 700 円＝		
はり・きゅう	回× 700 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、きゅう施術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

施術担当者 住 所
氏 名 印

代 理 人 住 所
氏 名 印

【振込先】

金融機関	銀行 金庫 農協 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 印				
被保険者番号				性別
被保険者氏名				男
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月	日 女
症 状		施術開始年月日		転 帰
(1)		年	月	日 治癒 中止 継続
(2)		年	月	日 治癒 中止 継続
(3)		年	月	日 治癒 中止 継続
(4)		年	月	日 治癒 中止 継続
(5)		年	月	日 治癒 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	

はり、きゅう施術担当者指定申請書

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

印

下記のとおり、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8条の規定により
施術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 術 者	住 所	長崎県 市・郡 町
	氏 名	
	電話番号	()
施 術 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 農協 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	

施 術 担 当 者 指 定 証

長崎県後期高齢者医療のはり、きゅう施術担当者に次のとおり指定する。

指 定 番 号		長広指定第 号
施 術 者	住 所	長崎県 市・郡 町
	氏 名	
施 術 所	所在地	長崎県 市・郡 町
	名 称	

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 印

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 住 所
氏 名 印
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		

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

施術担当者 住 所

氏 名

印

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、きゅう施術費の助成に関する規則第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 第 号			
施 術 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 術 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	()		
振 込 先	金 融 機 関		預 金 別	口 座 番 号	フリガナ 口座名義
	新		普 通 座		
	旧		普 通 座		