

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

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

様式第2号（第4条関係）

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

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

被保険者氏名

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 = 円

きゅう 回 × 700 円 = 円

はり・きゅう 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、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

代 理 人 住 所
氏 名

【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

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

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
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

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			

様式第9号（第6条第3項関係）

（表）

第 号
身分証明書
下記の者は、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6条第2項の規定による実地検査の権限を有する職員であることを証明する。
所属・職名 氏 名
年 月 日生
年 月 日交付
長崎県後期高齢者医療広域連合長 

91mm

55mm

- 備考 1 用紙は厚紙とし、地色は白色とする。
2 写真は、縦25mm、横20mmとする。

（裏）

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（抜粋）
第6条（省略）
2 広域連合長は、必要に応じ、施術担当者に対して必要な指示を行い、報告書の提出を命じ、職員をして前項の施術録及び明細書並びに助成対象施術の関係諸帳簿その他必要な書類等を実地に検査し、説明等を求めることができる。
3 前項の規定により実地検査に当たる職員は、その身分を示す証票（様式第9号）を携帯し、施術担当者の請求があったときは、これを提示しなければならない。

91mm

55mm