様式第3号

国　保

令和　　年　　月施術分

福岡市国民健康保険はりきゅう費支給申請書

※はりきゅう費の請求は、毎月ごとに必ず20日までに提出して下さい。

点検印

下記の被保険者にはりきゅうの施術を行いましたので、福岡市国民健康保険はりきゅう費の助成に関する規則に基づきはりきゅう費の支給を申請します。

被保険者証の	記号番号		枝番	
受療者の	住　所			
	氏　名			
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日生		

令和　　年　　月　　日

住 所

施術所名称

開設者氏名又は名称　　印

指定番号

（宛先）福岡市長

症　状（病　名）	経　過
（1）	治ゆ・継続・中止
（2）	治ゆ・継続・中止

施術方針は　　である。

施術内容書

1日		2日		3日		4日		5日		6日		7日		8日		9日		10日			
11日		12日		13日		14日		15日		16日		17日		18日		19日		20日			
21日		22日		23日		24日		25日		26日		27日		28日		29日		30日		31日	

合　計	回

※「はり」、「きゅう」、「電気針」又は「電気温灸器」による施術を行った場合、該当日の欄に押印し、合計回数を記入して下さい。