

国保

様式集(北九州市国民健康保険)

・ 施術担当者申請書	.....	1ページ
・ 施術担当者変更届	.....	2ページ
・ 指定書	.....	3ページ
・ 受領口座届	.....	4ページ
・ 受領口座届兼委任状	.....	5ページ
・ 指定書再交付申請書	.....	6ページ
・ 始末書(辞退用)	.....	7ページ
・ 辞退届	.....	8ページ
・ 視覚障害者免除申請書	.....	9ページ
・ 受療証交付申請書(表)	.....	10ページ
・ 受療証交付申請書(裏)	.....	11ページ
・ 受療証(表)	.....	12ページ
・ 受療証(裏)	.....	13ページ
・ 領収書(1術)	.....	14ページ
・ 領収書(2術)	.....	15ページ
・ 補助金請求明細書(一人用)	.....	16ページ
・ 補助金請求明細書(複数人用)	.....	17ページ
・ 補助金請求書	.....	18ページ
・ 施術録	.....	19ページ

令和8年4月
北 九 州 市

北九州市国民健康保険はり・きゅう施術担当申請書

施 術 所	名 称		電 話 番 号	
	所 在 地	北九州市 区		
開 設 者	フリガナ		電話 番号	
	氏 名			
	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日		男 ・ 女
施術科目	はり ・ きゅう	指定番号（指定済みの施術 者がいる施術所のみ記入）	一 第 号	
<p>北九州市長 様</p> <p>北九州市国民健康保険はり、きゅう利用規則第8条第2項の規定に基づき、上記のとおり申請します。</p> <p>なお、同規則第8条第1項の第2号から第4号の該当の有無について、関係機関へ照会することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(施術担当者)</p> <p style="text-align: center;">住 所：</p> <p style="text-align: center;">フリガナ</p> <p style="text-align: center;">氏 名：</p> <p style="text-align: right;">㊞</p> <p style="text-align: right;">（自署の場合は押印不要）</p> <p style="text-align: center;">生年月日： 昭・平・令 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">性 別： 男 ・ 女</p>				
※指定記号番号		※指定年月日	令和 年 月 日	

※欄は記入しないこと

受付No.

北九州市国民健康保険はり・きゅう施術担当変更届

指定番号		— 第 号		
指定年月日		昭和・平成・令和 年 月 日		
変更内容 (変更後)	施術担当者	フリガナ		
		氏 名		
		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	
	施 術 所	名 称		
		所 在 地		
変更年月日		令和 年 月 日		
理 由				
そ の 他				
<p>上記のとおり届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>北九州市長 様</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>印</p> <p>(自署の場合は押印不要)</p>				
※ 受付年月日		令和 年 月 日		

受付N o

※欄は記入しないこと

指 定 書 第 号


北九州市国民健康保険はり、きゅう利用規則第8条第1項および第3項の規定にもとづき、あなたを北九州市国民健康保険はり、きゅう師として指定します。

令和 年 月 日

様


北九州市長 武 内 和 久

北九州市国民健康保険はり・きゅう補助金受領口座届

指定番号	第 号						
施術者住所							
施術者氏名	<div style="text-align: right;">  </div> <div style="text-align: right;">(自署の場合は押印不要)</div>						
施術所住所 <small>(施術者住所と異なる場合記入)</small>							
施術所名称							
指定口座							
金融機関名							
支店名	支店						
口座名義人 <small>(カタカナ)</small>							
預金種別	普通 ・ 当座						
口座番号 <small>(右詰めで記入)</small>							

北九州市国民健康保険はり・きゅう補助金受領口座届兼委任状

委任者	指定番号	— 第 号						
	施術者住所							
	施術者氏名	 (自署の場合は押印不要)						
	施術所住所 (施術者住所と異なる場合記入)							
	施術所名称							
	私は、被保険者から受領委任を受けた北九州市国民健康保険はりきゅう施術料補助金の受領を 下記の者に委任します。 令和 年 月 日							

受任者	住所							
	フリガナ							
	氏名	 (自署の場合は押印不要)						
	生年月日					男 ・ 女		
	私は、補助金受領の受任にあたり、北九州市国民健康保険はり、きゅう利用規則第8条第1項 の第2号から第4号の該当の有無について、関係機関へ照会することに同意します。 令和 年 月 日							

指定口座	金融機関名							
	支店名	支店						
	口座名義人 (カタカナ)							
	預金種別	普通 ・ 当座						
	口座番号 (右詰めで記入)							

はり、きゅう指定書再交付申請書

令和 年 月 日

北九州市長 様

下記のとおり指定書の再交付を申請します。

施術所所在地 _____

施 術 所 名 _____

施 術 者 氏 名 _____ 印

(自署の場合は押印不要)

＜指定書の種類及び申請理由＞ 太枠内の該当部分を○で囲んでください。

指定書の種類	国保用	後期用
申請理由	き 損 ・ 紛 失	き 損 ・ 紛 失

※申請理由がき損の場合は、お持ちの指定書をこの申請書に添付してください。

※申請理由が紛失の場合は、以下に自署又は記入、押印をお願いします。

紛失届

北九州市長 様

北九州市国民健康保険はり、きゅう利用規則及び北九州市後期高齢者のはり及びきゅうの施術に要する費用の補助に関する規則に基づき交付を受けた指定書を紛失しましたので、お届けします。

なお、指定書を発見したときは、直ちに返納いたします。

令和 年 月 日

施術所所在地 _____

施 術 所 名 _____

施 術 者 氏 名 _____ 印

(自署の場合は押印不要)

令和 年 月 日

始 末 書

私は、北九州市国民健康保険はり・きゅう施術担当の辞退届を提出するにあたり、添付書類の指定書を紛失しましたので、申し添えお届けいたします。

以上

指定番号

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

北九州市国民健康保険はり・きゅう施術担当辞退届

指 定	記号・番号	第 号
	年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
施 術 所	名 称	
	所 在 地	
辞 退 者	氏 名	
	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
辞退年月日	令和 年 月 日	
理 由		
そ の 他		
<p>上記のとおり届出します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>北九州市長 様</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合は押印不要)</p>		
※ 受付年月日 令和 年 月 日		※ 指定取消年月日 令和 年 月 日

受付No

※欄は記入しないこと

**北九州市国民健康保険はり、きゅう利用規則及び北九州市後期高齢者の
はり及びきゅうの施術に要する費用の補助に関する規則の適用免除申請書**

北九州市長 様

私は下記の理由により、北九州市国民健康保険はり、きゅう利用規則第3条
第4項および北九州市後期高齢者のはり及びきゅうの施術に要する費用の補助
に関する規則第5条第3項の適用を免除していただきますよう申請します。

令和 年 月 日

施術所名 _____

施術者名 _____ 印
(自署の場合は押印不要)

指定番号 _____

電話番号 _____

記

申請理由

視覚障害（障害程度等級第 級）のため。

※身体障害者手帳の障害程度等級1級、2級又は3級であることが確認できる
部分の写しを添付してください。

北九州市はり、きゅう受療証交付申請書

(あて先) 北九州市長

国民健康保険の被保険者番号				-								
後期高齢者医療保険の被保険者番号												

利用上の注意事項(裏面)を了承のうえ、北九州市国民健康保険はり、きゅう利用規則第7条第1項及び北九州市後期高齢者のはり及びきゅうの施術に要する費用の補助に関する規則第6条第1項の規定に基づき下記のとおり申請します。

<div>(申請者)</div> <div>令和 年 月 日</div> <div>北九州市 区</div> <div>丁目 番(地) 号</div> <div>様方</div> <div>氏名 印</div> <div>(国保の場合世帯主氏名)</div> <div>(自署の場合は押印不要)</div> <div>(電話番号 一)</div>	受療証の交付が 必要な方のお名前																				
	生 年 月 日	明・大・昭・平・令	年	月	日	年 齢	歳														
	受療証の交付が 必要な方のお名前																				
	生 年 月 日	明・大・昭・平・令	年	月	日	年 齢	歳														
<div>上記のとおり受療証を交付してよろしいか。</div> <table><tr><td>決</td><td>係 員</td><td>係 長</td><td>課 長</td></tr><tr><td>裁</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	決	係 員	係 長	課 長	裁				受療証の交付が 必要な方のお名前												
	決	係 員	係 長	課 長																	
裁																					
	生 年 月 日	明・大・昭・平・令	年	月	日	年 齢	歳														

(決裁年月日 令和 年 月 日)

(交付年月日 令和 年 月 日)

(新年度分の交付 : 有 ・ 無)

※ 太線の中をご記入ください。

<利用上の注意事項>

1 手続きに関すること

- ・ 補助制度の対象となるものは、市から指定を受けている施術師から受けた施術に限られます。
※指定を受けた施術師は、市が発行する指定書を施術所内に掲示しています。
- ・ はり、きゅう施術料補助により施術を受ける際は、**資格確認書または資格情報のお知らせ**、受療証、自署しない場合は印鑑を持参のうえ、窓口で**資格確認書または資格情報のお知らせ**と受療証を提示し、施術後に、請求明細書の施術日に自署または押印してください(印鑑、受療証を施術所に預けてはいけません。)
- ・ 補助金の請求手続きのため、施術所で、請求明細書の委任状に記名、押印をしてください。
- ・ 補助対象となる施術の料金の半額(自己負担分)を施術所でお支払いください。
＜自己負担額＞国保(1術)1,500円、国保(2術)1,650円、後期(1術、2術とも)1,100円
- ・ 施術を受けるごとに、**受療証のシールを剥がした部分**に施術担当者から**施術日の記入と確認印**とをもらってください。(視覚障がいのある「はり、きゅう師」については、確認印の押印を免除している場合があります。)

2 施術対象に関すること

- ・ 利用回数は、1日1回、1ヶ月に10回までです。制限回数を超えて利用した場合は、超えた回数分の補助額を返還していただきます。
- ・ はり、きゅう以外の施術(マッサージ、整体など)で補助を受けることはできません。
- ・ 補助対象となるものは、「末しょう神経疾患」と「運動器疾患」に限られます。
- ・ 医師の同意を得て行う施術(療養費の対象となる施術)を受ける日は、この制度を利用することはできません。

3 その他

- ・ 市外転出や他の健康保険への加入、生活保護開始などの理由により、被保険者の資格がない期間にこの制度を利用した場合は、補助額を返還していただきます。
- ・ 市外転出等により被保険者の資格を有しなくなったときや有効期限が経過したときは、速やかに受療証を市に返還してください。

制度のお知らせ

- この証ではり、きゅう施術料補助を受けられるのは、北九州市から指定を受けた「はり師」および「きゅう師」による施術に限られます。
- 補助事業の対象となる施術を受ける際は、本証とマイナンバーカード及び資格情報のお知らせまたは資格確認書を持参してください。
- 被保険者資格がなくなったときは、直ちに本証を北九州市に返還してください。
- 受療者は、4月1日から翌年3月31日までに、1日1回、1箇月に10回を限度として補助を受けることができます。
- 施術を受けるときに、自己負担額が必要になります。
 - ・国民健康保険 1術 1,500円 2術 1,650円
 - ・後期高齢者 1術・2術とも 1,100円
- 施術を受けることができる範囲は、「末しょう神経疾患」又は「運動器疾患」に限られます。
- 保険診療によるはり又はきゅうの治療と本証による施術の併用はできません。
- 施術を受けたときは、施術所においてシールを指定の用紙に貼り、はがした箇所に施術日を記入の上、施術所印をもらってください。
- 本証は、施術所に預けることができません。
- シールの貼付がない場合は、補助の対象とはなりません。

令和8年度 北九州市 はり、きゅう受療証

有効期限 令和9年3月31日まで有効

受療者氏名	北九 太郎
生年月日	昭和00年00月00日
適用保険	
被保険者証番号	12345678-01

北九州市

印

受療者の方へ

- ・はり、きゅう施術料補助により施術を受ける際は、必ずこの受療証を施術所に提示してください。
- ・裏表紙の記載されている「制度のお知らせ」を守って使用してください。

施術担当者の方へ

- ・施術を行ったときは、必ずこの受療証のシールを請求明細書に貼り、剥がした箇所に施術日を記入するとともに、所定の押印をしてください。

北九 太郎 20260401-01	QR コード	北九 太郎 20260401-02	QR コード
北九 太郎 20260401-03	QR コード	北九 太郎 20260401-04	QR コード
北九 太郎 20260401-05	QR コード	北九 太郎 20260401-06	QR コード
北九 太郎 20260401-07	QR コード	北九 太郎 20260401-08	QR コード
北九 太郎 20260401-09	QR コード	北九 太郎 20260401-10	QR コード
北九 太郎 20260401-11	QR コード	北九 太郎 20260401-12	QR コード
北九 太郎 20260401-13	QR コード	北九 太郎 20260401-14	QR コード
北九 太郎 20260401-15	QR コード	北九 太郎 20260401-16	QR コード
北九 太郎 20260401-17	QR コード	北九 太郎 20260401-18	QR コード
北九 太郎 20260401-19	QR コード	北九 太郎 20260401-20	QR コード
北九 太郎 20260401-21	QR コード	北九 太郎 20260401-22	QR コード
北九 太郎 20260401-23	QR コード	北九 太郎 20260401-24	QR コード
北九 太郎 20260401-25	QR コード	北九 太郎 20260401-26	QR コード

令和8年4月1日 発行 令和9年3月31日まで有効

1か月の利用上限は、10回です

北九 太郎 20260401-27	QR コード	北九 太郎 20260401-28	QR コード
北九 太郎 20260401-29	QR コード	北九 太郎 20260401-30	QR コード
北九 太郎 20260401-31	QR コード	北九 太郎 20260401-32	QR コード
北九 太郎 20260401-33	QR コード	北九 太郎 20260401-34	QR コード
北九 太郎 20260401-35	QR コード	北九 太郎 20260401-36	QR コード
北九 太郎 20260401-37	QR コード	北九 太郎 20260401-38	QR コード
北九 太郎 20260401-39	QR コード	北九 太郎 20260401-40	QR コード
北九 太郎 20260401-41	QR コード	北九 太郎 20260401-42	QR コード
北九 太郎 20260401-43	QR コード	北九 太郎 20260401-44	QR コード
北九 太郎 20260401-45	QR コード	北九 太郎 20260401-46	QR コード
北九 太郎 20260401-47	QR コード	北九 太郎 20260401-48	QR コード
北九 太郎 20260401-49	QR コード	北九 太郎 20260401-50	QR コード

※ 施術担当者は、シールを剥がした箇所に利用日を記入の上、指定番号入り施術所印を押印または記入してください。

施術所控No. _____

領収書(国保・1術用)

年 月 日

様

金額				¥	1	5	0	0
----	--	--	--	---	---	---	---	---

但し、北九州市国民健康保険
はり・きゅう補助自己負担金として

上記正に領収しました。

(内訳)

年 月 日施術分

施術料 ¥ 3, 000のうち

自己負担分として

No. _____

領収書(国保・1術用)

年 月 日

様

金額				¥	1	5	0	0
----	--	--	--	---	---	---	---	---

但し、北九州市国民健康保険
はり・きゅう補助自己負担金として

上記正に領収しました。

(内訳)

年 月 日施術分

施術料 ¥ 3, 000のうち

自己負担分として

指定番号

住 所

施術所名

施術者名

* 視覚障害がある施術師の方については、ご希望いただければ
領収書冊子の表紙に下記見本の点字シールを貼り付けたものを配布します。

シール
見 本



1 5 0 0 円

施術所控No. _____

領収書(国保・2術用)

年 月 日

様

金額				¥	1	6	5	0
----	--	--	--	---	---	---	---	---

但し、北九州市国民健康保険
はり・きゅう補助自己負担金として

上記正に領収しました。

(内訳)

年 月 日施術分

施術料 ¥ 3, 300のうち

自己負担分として

No. _____

領収書(国保・2術用)

年 月 日

様

金額				¥	1	6	5	0
----	--	--	--	---	---	---	---	---

但し、北九州市国民健康保険
はり・きゅう補助自己負担金として

上記正に領収しました。

(内訳)

年 月 日施術分

施術料 ¥ 3, 300のうち

自己負担分として

指定番号

住 所

施術所名

施術者名

* 視覚障害がある施術師の方については、ご希望いただければ
領収書冊子の表紙に下記見本の点字シールを貼り付けたものを配布します。

シール
見 本



1 6 5 0 円

被保険者番号	住所 区 町
記号 4 0 番号	丁目 番 号
世帯主氏名	被保険者氏名（患者）（昭・平・令 年生）

回数	施術日	該当する施術内容にシールを貼り付けてください		症状	
1		1 術	2 術併用	1	2
2		1 術	2 術併用	1	2
3		1 術	2 術併用	1	2
4		1 術	2 術併用	1	2
5		1 術	2 術併用	1	2
6		1 術	2 術併用	1	2
7		1 術	2 術併用	1	2
8		1 術	2 術併用	1	2
9		1 術	2 術併用	1	2
10		1 術	2 術併用	1	2
合計		1 術 回	2 術 回	・症状は、末梢神経疾患のときは 1 に、 運動器疾患のときには 2 に ○ をつけてください。	

委任状

本施術にともなう補助金の請求および受領の権限を下記の者を受任者として委任します。

令和 年 月 日

委任者

受任者（施術者）
※施術所在地及び名称も記入

（自署の場合は押印不要）

審査印

本庁 区

整理済

請	1 術	円×	回	円
求	2 術	円×	回	円

決	1 術	円×	回	円
定	2 術	円×	回	円

※ この欄は記入しないで下さい。

被保険者番号	住所	区	町
記号 40 番号	丁目	番	号
世帯主氏名	被保険者氏名（患者）（昭・平・令 年生）		

回数	施術日	該当する施術内容にシールを貼り付けてください			症状		施術者氏名	
1		1 術		2 術併用		1	2	
2		1 術		2 術併用		1	2	
3		1 術		2 術併用		1	2	
4		1 術		2 術併用		1	2	
5		1 術		2 術併用		1	2	
6		1 術		2 術併用		1	2	
7		1 術		2 術併用		1	2	
8		1 術		2 術併用		1	2	
9		1 術		2 術併用		1	2	
10		1 術		2 術併用		1	2	
合計		1 術 回	2 術 回	・症状は、末梢神経疾患のときは 1 に、 運動器疾患のときには 2 に ○ をつけてください。				

委 任 状			
本施術にともなう補助金の請求および受領の権限を下記の者を受任者として委任します。			
	令和	年	月 日
委任者	<div style="border-bottom: 1px dotted black; width: 80%;"></div> <div style="text-align: right;">(自署の場合は押印不要)</div>		
受任者 ※施術所 所在地及 び名称 も記入	<div style="border-bottom: 1px dotted black; width: 80%;"></div>		

審査印	
本庁	区
整理済	

請	1術	円×	回	円
求	2術	円×	回	円

決 定	1術	円×	回	円
	2術	円×	回	円

※ この欄は記入しないで下さい。

北九州市国民健康保険
はり・きゅう補助金請求書

指定記号番号	
第	号

令和 年 月分を下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

北九州市長 殿

施術所所在地および名称

はり・きゅう師氏名

印

請求金額 円

施術回数		金額
1 術	回	円
2 術	回	円

区 分	件 数	施術日数	金 額
請 求	件	日	円

※決 定	件	日	円
------	---	---	---

審査印

※印の欄は記入しないでください。

北九州市国民健康保険
はり・きゅう補助金請求書

指定記号番号	
第	号

令和 年 月分を下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

北九州市長 殿

施術所所在地および名称

はり・きゅう師氏名

印

請求金額 円

施術回数		金額
1 術	回	円
2 術	回	円

区 分	件 数	施術日数	金 額
請 求	件	日	円

※決 定	件	日	円
------	---	---	---

審査印

※印の欄は記入しないでください。

令和 年 月分 北九州市国民健康保険はり・きゅう施術録

被保険者番号	住所 区 町
被保険者氏名	丁目 番 号
	生年月日 (昭・平・令) 年 月 日

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

症状ならびに経過 (初療開始 年 月 日)
／
／
／
／
／