

国保

記入例集(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
・ 受領口座届	.....	3ページ
・ 受領口座委任状	.....	4ページ
・ 指定書再交付申請書	.....	5ページ
・ 始末書(辞退用)	.....	6ページ
・ 辞退届	.....	7ページ
・ 視覚障害者免除申請書	.....	8ページ
・ 受療証交付申請書	.....	9ページ
・ 受療証(表)	.....	10ページ
・ 受療証(裏)	.....	11ページ
・ 領収書	.....	12ページ
・ 補助金請求明細書(一人用)	.....	13ページ
・ 補助金請求明細書(複数人用)	.....	14ページ
・ 補助金請求書	.....	15ページ
・ 施術録	.....	16ページ

令和8年4月
北 九 州 市

記入例

施術担当者申請書(国保)

施術所名、施術所の電話番号、施術所の所在地をご記入ください。

施術所名の開設者名、電話番号、生年月日、性別を記入してください。

補助を受ける予定の施術科目を丸で囲んでください。

申請日、市の指定を受ける施術担当者の住所、フリガナ、氏名、生年月日、性別をご記入の上、押印してください。(自署の場合は押印不要)

北九州市国民健康保険はり・きゅう施術担当者申請書			
施 術 所	名 称	〇〇鍼灸院	
	所 在 地	北九州市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号	
開 設 者	フリガナ	姓 名	電話 番号
	ヨクヲカ・ハナコ	小倉 一郎	〇〇〇-〇〇〇〇
生 年 月 日	明・大・昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性 别	男・女
施術科目	(はり)・(きゅう)	指定番号 (指定された施術者がいる施術所のみ記入)	一 第 号
北九州市長様 北九州市国民健康保険はり・きゅう利用規則第8条第2項の規定に基づき、上記のとおり申告します。 なお、同規則第8条第1項の各号へ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。 〇〇年 〇月〇〇日			
(施術担当者) 住 所： 北九州市〇〇区△△町〇丁目〇番〇号 フリガナ： ヨクヲカ・ハナコ 氏 名： 福岡 花子 福 岡 錄 生年月日： 大昭平〇〇年〇〇月〇〇日 性 別： 男・女			
※指定証号番号		※指定年月日	年 月 日

※欄は記入しないこと

受付No.

記入例

施術担当者変更(国保)

施術所の指定番号、指定年月日をご記入ください。

* 指定番号、指定年月日は指定書のとおりです。

氏名、施術所名称、施術所の所在地など変更がある項目だけご記入ください。

* 記入例は施術所名の変更だけの場合です。

変更年月日、変更理由、その他特記事項があればご記入ください。

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	○一 第 ○○○号		
指定年月日	○○年 ○月 ○日		
変更内容 (変更後)	施術担当者	フリガナ 氏名	男・女
		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	
施 術 所	名 称	△△鍼灸院	
	所 在 地		
変更年月日	○○年 ○月 ○日		
理 由	施術所名変更のため		
そ の 他			
上記のとおり届出します。			
北九州市長様			
○○年 ○月 ○日			
主 所 北九州市□□区△△町○丁目○番○号			
氏 名 福岡 花子			
※ 受付年月日 年 月 日		受付No.	

※欄は記入しないこと

変更届提出の年月日、指定はり・きゅう師の住所、氏名をご記入の上、押印してください。(自署の場合は押印不要)

記入例

受領口座届(国保)

指定はり、きゅう師の住所、氏名をご記入の上、押印してください。(自署の場合は押印不要)

施術所の所在地と施術所の名称をご記入ください。

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	第一 号
施術者住所	北九州市○○区○○町○丁目○番○号
施術者氏名	福岡 花子
施術所住所 (施術者住所と異なる場合記入)	北九州市 ○○区○○町○丁目○番○号
施術所名称	○○鍼灸院

指定口座

金融機関名	○○銀行
支店名	○○支店
口座名義人 (カタカナ)	フクオカ ハナコ
預金種別	普通 · 当座
口座番号 (右詰めで記入)	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6

補助金の振込口座の情報をご記入ください。口座名義人(カタカナ)は通帳に記載されているカタカナどおりにご記入ください。

この様式は指定はり、きゅう師ご本人の名義の口座を希望される場合の様式です。口座名義人が指定はり、きゅう師と異なる場合は、委任状付の受領口座届けを提出してください。

記入例

受領口座届兼委任状(国保)

指定はり、きゅう師の住所、氏名をご記入の上、押印してください。(自署の場合は押印不要)

北九州市国民健康保険はり・きゅう補助金受領口座届兼委任状

施術所の所在地と施術所の名称、委任者の欄を記入した日付をご記入ください。

受任者(口座名義人)の住所、フリガナ、氏名、生年月日、性別、受任者の欄に記入した日付をご記入の上、押印してください。(自署の場合は押印不要)
※法人の場合は代表者の自署以外は登記された印を押印してください。

委任者	指定番号	一 第 号
	施術者住所	北九州市□□区△△町○丁目○番○号
	施術者氏名	福岡 花子
	施術所住所 (施術者住所と異なる場合記入)	北九州市○○区○○町○丁目○番○号
	施術所名称	○○鍼灸院
	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。 〇〇年 〇〇月 〇〇日	

受任者	住所	北九州市××区××町○丁目○番○号
	フリガナ	コクラ イチロウ
	氏名	小倉 一郎
	生年月日	昭和△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 条第 項の各号へ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。 〇〇年 〇〇月 〇〇日		

指定口座	金融機関名	〇〇銀行
	支店名	××支店
	口座名義人(カタカナ)	コクラ イチロウ
	預金種別	普通・当座
	口座番号(右詰めで記入)	0 9 8 7 6 5 4

補助金の振込口座の情報をご記入ください。口座は受任者の名義の口座に限ります。口座名義人(カタカナ)は通帳に記載されているカタカナどおりにご記入ください。

記入例

はり、きゅう指定書再交付申請書

はり、きゅう指定書再交付申請書の提出日をご記入ください。

はり、きゅう指定書再交付申請書

○○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 北九州市□□区△△町○丁目○番○号
施 術 所 名 ○○鍼灸院
施術者氏名 福岡 花子

<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、以下に署名、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。

○○年○○月○○日

施術所所在地 北九州市□□区△△町○丁目○番○号
施 術 所 名 ○○鍼灸院
施術者氏名 福岡 花子

指定はり、きゅう師の施術所所在地、施術所名、氏名をご記入の上、押印してください。(自署の場合は押印不要)

紛失届欄の日付は署名又は押印された日をご記入ください。

記入例

始末書(国保)

始末書提出の日付をご記入ください。

○○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 北九州市□□区△△町○丁目○番○号
氏 名 福岡 花子

福岡

指定番号、指定はり・きゅう師の住所、
氏名をご記入の上、押印してください。
(自署の場合は押印不要)

記入例

施術担当者辞退届(国保)

指定番号と指定年月日をご記入ください。

* 指定番号と年月日は指定書のとおりです。

施術所の名称と所在地をご記入ください。

辞退者の氏名、生年月日をご記入ください。

辞退年月日と辞退の理由をご記入ください。

辞退届提出の日付、
辞退者の住所・氏名
を記入の上、押印をお願いします。(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

記号・番号 ○ 第 ○○○号

年月日 昭和・平成 ○○年 ○○月 ○○日

名称 ○○鍼灸院

所在地 北九州市 ○○区○○町○丁目○番○号

氏名 福岡 花子

生年月日 明・大・昭・平 ○○年 ○○月 ○○日

○○年 ○月 ○日

○○鍼灸院を市外に移転するため

その他

上記のとおり届出します。

○○年 ○月 ○日

北九州市長様

住所 北九州市□□区△△町○丁目○番○号

氏名 福岡 花子

福岡花子

※ 受付年月日 年 月 日 | 指定取消年月日 年 月 日

受付No.

※欄は記入しないこと

記入例

視覚障害者免除申請書(国保・後期共通)

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

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。

申請書の提出日、施術所名、施術者名、指定番号、
施術所の電話番号をご記入ください。(自署の場合
は押印不要)

* 指定番号は指定書のとおりです。

視覚障害の等級をご記入ください。

提出日 ○○年 ○月○○日
施術所名 ○○鍼灸院

施術者名 福岡 花子 印
指定番号 ○ - ○○○号
電話番号 ○○○ - ○○○○

記

申請理由
視覚障害（障害程度等級第 2 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。

【添付書類】

身体障害者手帳の住所氏名が確認できる
ページと障害の等級が確認できるページの
コピーを添付してください。

受療証交付申請書(国保・後期共通)

記入例

国保の例

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

**国保の被保険者番号
をご記入ください。**

**申請年月日、受療証
の交付を受ける国保
世帯員の属する世
帯の世帯主の住所、
氏名、電話番号を
ご記入の上、押印して
ください。(自署の場
合は押印不要)**

国民健康保険の被保険者番号	4 0 0 - 0 1 2 3 4 5 6 7
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。

<p>(申請者) 令和〇〇年〇〇月〇〇日 北九州市 ○〇〇 区 ○〇町 ○丁目 ○番(地) ○〇号 氏名 北九 太郎 様方 (国保の場合は世帯主氏名) (電話番号 ○〇〇-〇〇〇〇) 上記のとおり受療証を交付してよろしいか。 決 係員 係長 課長 (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)</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">受療証の交付が 必要な方のお名前</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">北九 A子</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 年齢 ○○歳</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;">受療証の交付が 必要な方のお名前</td> <td style="height: 40px; text-align: right;">北九 一郎</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>明・大・昭・平 △ 年 △ 月 △ 日 年齢 △△歳</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;">受療証の交付が 必要な方のお名前</td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>明・大・昭・平 年 月 日 年齢 </td> </tr> </table>	受療証の交付が 必要な方のお名前	北九 A子	生年月日	明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 年齢 ○○歳	受療証の交付が 必要な方のお名前	北九 一郎	生年月日	明・大・昭・平 △ 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 年 月 日 年齢
受療証の交付が 必要な方のお名前	北九 A子												
生年月日	明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 年齢 ○○歳												
受療証の交付が 必要な方のお名前	北九 一郎												
生年月日	明・大・昭・平 △ 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 年 月 日 年齢												

**受療証の交付を受ける国保世帯員の氏
名、生年月日、年齢をご記入ください。**

後期の例

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

**受療証の交付を受ける方の後期高齢者医
療の被保険者番号を
ご記入ください。**

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。

<p>(申請者) 令和〇〇年〇〇月〇〇日 北九州市 ○〇〇 区 ○〇町 ○丁目 ○番(地) ○〇号 氏名 北九 太郎 様方 (国保の場合は世帯主氏名) (電話番号 ○〇〇-〇〇〇〇) 上記のとおり受療証を交付してよろしいか。 決 係員 係長 課長 (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)</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">受療証の交付が 必要な方のお名前</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">北九 太郎</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 年齢 ○○歳</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;">受療証の交付が 必要な方のお名前</td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>明・大・昭・平 年 月 日 年齢 </td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;">受療証の交付が 必要な方のお名前</td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>明・大・昭・平 年 月 日 年齢 </td> </tr> </table>	受療証の交付が 必要な方のお名前	北九 太郎	生年月日	明・大・昭・平 ○ 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 年 月 日 年齢	受療証の交付が 必要な方のお名前		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 年齢
受療証の交付が 必要な方のお名前	北九 太郎												
生年月日	明・大・昭・平 ○ 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 年 月 日 年齢												
受療証の交付が 必要な方のお名前													
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 年齢												

*** 太線の中をご記入ください。**

**申請年月日、受療証の交付を受ける後期高齢者の住所、氏名、生年
月日、電話番号をご記入の上、押印してください。(自署の場合は押印
不要)**

記入

受療証(国保・後期共通) 表

制度のお知らせ

1 この証ではり、きゅうの施術料補助を受けられるのは、北九州市から指定を受ける「はり師」および「きゅう師」による施術に限られます。

2 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。

3 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。

4 受療者は、4月1日から翌年3月31日までにおいて、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。

5 施術を受けるときには、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

6 施術を受けることができる範囲は、「末梢神経疾患」又は「運動器疾患」に限られます。

7 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。

8 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。

9 本証は、施術所に預けることができません。

10 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	一国民健康保険 後期
被保険者証番号	12345678-01-0123456

北九州市

印

受療者の方へ

- はり、きゅうの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。

国保から後期高齢へ、後期高齢から国保へ利用者の健康保険が変更になった場合は、見本のように取消し線で従来の適用保険、被保険者番号を消して、余白に新しい健康保険の名称と被保険者番号を手書き等で記入の上、使用中の受療証を年度末(3月31日)まで使用継続してください。

* 上の記入例は国保→後期へ変更になった場合です。

後期→国保へ変更になった場合は下記のように
健康保険の名称+記号+番号をご記入ください。

例:(適用保険)国保 (記号番号)401-12345678

記入例

受療証(国保・後期共通) 裏

施術を行うごとにシールを1枚剥がして請求明細書に貼付してください。シールを剥がした後の台紙には施術日（利用日）の記入及び指定番号のゴム印を押印してください。

利用日 4/7	門 ○	利用日 4/15	門 ○
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	
北九 太郎 20260401-07		北九 太郎 20260401-08	
北九 太郎 20260401-09		北九 太郎 20260401-10	
北九 太郎 20260401-11		北九 太郎 20260401-12	
北九 太郎 20260401-13		北九 太郎 20260401-14	
北九 太郎 20260401-15		北九 太郎 20260401-16	
北九 太郎 20260401-17		北九 太郎 20260401-18	
北九 太郎 20260401-19		北九 太郎 20260401-20	
北九 太郎 20260401-21		北九 太郎 20260401-22	
北九 太郎 20260401-23		北九 太郎 20260401-24	
北九 太郎 20260401-25		北九 太郎 20260401-26	

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

※ 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。

記入例

領収書(国保)

領収書発行日と利用者
の氏名をご記入く

**施術を行った
日付をご記入
ください。**

* 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。



1 5 0 0

**指定番号、施術所の所在地、施術所名、
指定はり、きゅう師氏名をご記入ください。**

* はり、きゅう師が複数名の施術所は補助金請求代表者氏名をご記入ください。

* この記入例は1術です。2術は金額が1650円に変わるだけです。

記入例

明細書一人用(国保)

施術を実施した年月をご記入ください。

被保険者番号、住所、被保険者氏名、生年月日欄については自署である必要はありません。

国保の方は、
世帯主名を必ず
記入してください。

令和 ○ 年 ○ 月分 北九州市国民健康保険はり・きゅう補助金請求明細書（施術者一人用）

被保険者番号 記号 40 番号 01234567	住所 北九州市〇〇〇区 〇〇町 ○ 丁目 ○ 番 ○ 号
世帯主氏名 北九 太郎	被保険者氏名（患者） （昭・平・令 ○ 年生） 北九 太郎

施術を実施した日付を記載し、利用者の受療証から剥がしたシールを利用者本人が請求明細書に貼付して下さい。

※施術を行うごとに貼付をお願いします。請求時にまとめて貼付すること、将来の予約分まで貼付すること等は行わないで下さい。

1術、2術それぞれの回数を集計してください。

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	4/3	北九 太郎 20260401-01	QR コード	2術併用	1	2
2	4/9	1術	北九 太郎 20260401-02	QR コード	1	2
3	4/13	1術	北九 太郎 20260401-03	QR コード	1	2
4	4/15	北九 太郎 20260401-04	QR コード	2術併用	1	2
5	4/24	1術	北九 太郎 20260401-05	QR コード	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 2 回	2術 3 回	・症状は、末梢神経疾患のときは 1 に、運動器疾患のときは 2 に ○ をつけてください。		

症状に応じて丸で囲んでください。

委任者欄は利用者の自署をお願いします。氏名が自署でない場合は押印が必要です。日付は署名された日をご記入ください。

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。	
委任者 受任者 （施術所所在地及び名称も記入）	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 北九 太郎（自署） （白墨の場合は押印不要） 北九〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号 〇〇ビル1F101 〇〇鍼灸院 福岡 花子 福岡 郡

審査印
本庁 区
整理済

請 求	1術 1,100 円× 2 回	2,200 円	決 定	1術 円× 回	円
	2術 1,100 円× 3 回	3,300 円		2術 円× 回	円

※ この欄は記入しないで下さい。

受任者欄には施術所所在地、施術所名、指定はり・きゅう師名をご記入のうえ、押印してください。（受任者の押印を省略することはできません。）

記入例

明細書複数用(国保)

施術を実施した年月をご記入ください。

被保険者番号、住所、被保険者氏名、生年月日欄について自署である必要はありません。

国保の方は、
世帯主名を必ず
記入してください。

令和 ○年 ○月分 北九州市国民健康保険はり・きゅう補助金請求明細書 (施術者複数用)

被保険者番号 記号 40 番号 01234567	住所 北九州市〇〇区〇〇町 ○丁目 ○番 ○号
世帯主氏名 北九 太郎	被保険者氏名(患者) (昭・平・令〇年生) 北九 太郎

施術を実施した日付を記載し、利用者の受療証から剥がしたシールを利用者本人が請求明細書に貼付して下さい。

※施術を行うごとに貼付をお願いします。請求時にまとめて貼付すること、将来の予約分まで貼付すること等は行わないでください。

1術、2術それぞれの回数を集計してください。

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	4/3	北九 太郎 20260401-01	QRコード 2術併用	1 2 福岡
2	4/9	1術	北九 太郎 20260401-02	1 2 小倉
3	4/13	1術	北九 太郎 20260401-03	1 2 小倉
4	4/15	北九 太郎 20260401-04	QRコード 2術併用	1 2 福岡
5	4/24	1術	北九 太郎 20260401-05	1 2 福岡
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	
9		1術	2術併用	
10		1術	2術併用	1 2
合計		1術 2回 2術 3回		

症状に応じて丸で囲んでください。施術を担当された方の署名または押印をお願いします。

委任者欄は利用者の自署をお願いします。氏名が自署でない場合は押印が必要です。日付は署名された日をご記入ください。

委任状	審査印
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。	
委任者 受任者 ※施術所 所在地及 び名称 も記入	令和 ○年 ○月 ○日 北九 太郎(自署) (旨の場合には押印・ト要) 北九〇〇ビル1F101 〇〇鍼灸院 福岡 花子
本庁 区	
整理済	
請求 1術 1,100 円× 2 回 2術 1,100 円× 3 回	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。

受任者欄には施術所所在地、施術所名、請求代表者名をご記入のうえ、押印してください。(受任者の押印を省略することはできません。)

記入例

請求書(国保)

施術を実施した年月をご記入ください。

施術所の指定番号をご記入ください。

市役所に請求書を提出した日をご記入ください。

施術所の所在地、施術所名、指定はり・きゅう師を記入してください。

* 指定はり・きゅう師が複数登録されている施術所は請求代表者名をご記入の上、押印してください。請求書の押印は省略できません。

北九州市国民健康保険
はり・きゅう補助金請求書

○○年 ○月分を下記のとおり請求します。

指定記号番号
第 ○○○ 号

北九州市長 殿

北九州市○○区○○町○丁目○番○号

施術所所在地および名称
はり・きゅう師氏名

○○ビル1F101

○○鍼灸院

福岡 花子

○○年 ○月 ○日

請求金額

7, 450円

施術回数	金額
1術	2回 2, 800円
2術	3回 4, 650円

区分	件 数	施術日数	金 額
請求	1 件	5 日	7, 450円

※決 定	件	日	円

※印の欄は記入しないでください。

審査印

月毎に集計した件数、施術回数、施術日数、金額をご記入ください。

記入例

施術録(国保)

施術を実施した年月、利用者の情報をご記入ください。

国保の記号番号、利用者世帯の世帯主の氏名をご記入ください

施術を実施した日付、1術(はり・きゅう)2術等の該当する欄に○をご記入ください。

〇〇年 〇月分		国民健康保険 はり・きゅう施術録							
被保険者番号 記号 〇〇〇 番号 01234567			住所 北九州市〇〇〇区 〇丁目 〇〇番 〇〇号			〇〇町			
世帯主氏名 北九 太郎			被保険者氏名 北九 太郎			(明・大・昭・平 〇〇年生)			
日	はり	きゅう	併用	適用	日	はり	きゅう	併用	適用
1	○			運動器疾患	16				
2					17				
3					18				
4		○		「運」	19				
5					20				
6					21				
7		○		「運」	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 R〇〇年 〇〇月 〇〇日)

〇/1 肩・背中の凝りによる慢性痛の訴え
〇/4 慢性痛の症状は軽減した
〇/7 変化無し
〇/10 変化無し
〇/13 変化無し

症状、経過をご記入ください。症状に変化がない場合は「変化無し」でかまいません。

運動器疾患、末しょう神経疾患の別、その他、特記事項があればご記入ください。

「運」や「末」のように略して記入しても構いません。