

月分はり、きゆう施設利用補助金交付請求委任状

被 保 険 者 の 記 号 及 番 号	記 号		番 号				
------------------------	-----	--	-----	--	--	--	--

利 用 者 氏 名		昭 令	年	月	日 生
		平	(		歳)

症 状	頭 部 痛 上 肢 痛	頸 部 痛 下 肢 痛	肩 背 部 痛 其 他 ( )	腰 部 痛	特 別 治 療	マ ッ サ ー ジ 皮 内 針 電 気 治 療 ( )
-----	----------------	----------------	--------------------	-------	---------	--------------------------------

施 術 券 貼 付 欄	施 術 券 貼 付 欄	施 術 券 貼 付 欄
-------------	-------------	-------------

1	2	3
---	---	---

4	5	6
---	---	---

7	8	9
---	---	---

10	11	12
----	----	----

13	14	15
----	----	----

合 計	回	請 求 金 額	円
-----	---	---------	---

上記のとおり施術したことを証明します。

令和 年 月 日

施 術 所 所 在 地

氏 名



はり、きゆう施設利用補助金の請求及び受領を  
委任し、さらに鹿児島市保険鍼灸師会会長  
することを承諾します。

に  
に復委任

令和 年 月 日

利 用 者 住 所

氏 名



鹿 児 島 市 長 殿

電 話 番 号

局

番

誤記のときは必ず訂正印を押して下さい。

鹿児島市国民健康保険課