

様式第6号

高知市国民健康保険はり・きゅう・マッサージ施術費助成金請求書( 年 月分)

記号番号	氏名	病名又は症状	施術回数	施術内容 (免許種別)	施術日
				<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう	
				<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう	
				<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう	
				<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう	
				<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう	
				<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう	
				<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう	
				<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう	

施術回数	請求金額	決定回数	決定金額	年 月 日
回	円	* 回	* 円	高知市長 様 上記のとおり助成金を請求します。

所在地又は住所	
指定施術所名又は施術院名	
電話番号	
開設者氏名又は指定施術者氏名	
債権者番号	( ) ※ 債権者登録をされていない場合は、下記にご記入をお願いします。
振込指定金融機関名	( ) 銀行・農協・信用金庫 ( ) 本店・支店・出張所 預金の種類( 普通 ・ 当座 ) 口座番号 ( )

- 【注】
- 1 本市に債権者登録をされていない振込先を指定する場合は、開設者氏名又は指定施術者氏名について 開設者又は指定施術者の押印が必要です。
  - 2 \*の欄には、記入しないでください。
  - 3 はり・きゅう・マッサージ施術券(様式第2号)を添付してください。
  - 4 施術回数欄には、被保険者に係るその月の合計施術回数を記入してください。
  - 5 専ら出張業務のみによって業務に従事される方は、指定施術所名又は施術院名については、電話帳等にて周知している施術院名を記入してください。
  - 6 施術を行った月の翌月の20日までに請求をお願いいたします。
  - 7 施術内容欄には、免許に基づき施術した施術内容に該当する□にチェックを入れてください。