

はり、きゅう、マッサージ  
施術料補助金請求書

日向市国民健康保険

はり、きゅう、  
マッサージ 施術料補助金請求書

年 月 日

日向市長 様

施術担当者

住所

名称

氏名

電話 ( )

年 月分 はり、きゅう、マッサージ施術料補助金について、別紙受診券を添えて  
次のとおり請求します。

| ※ 請求金額 |     |     | 円      |     |     |
|--------|-----|-----|--------|-----|-----|
| 請 求    |     |     | ※ 審査決定 |     |     |
| 件 数    | 回 数 | 金 額 | 件 数    | 回 数 | 金 額 |
| 件      | 回   | 円   | 件      | 回   | 円   |

| 支払方法(○で囲んでください)          |      |                         | 現 金 ・ 口座振替       |      |      |
|--------------------------|------|-------------------------|------------------|------|------|
| 振 込 先<br>(口座振替希望の場合のみ記入) | 金融機関 |                         | 銀行・信用金庫<br>農協・漁協 |      | 本・支店 |
|                          | 預金種目 | 1 普通 4 貯蓄<br>2 当座 9 その他 |                  | 口座番号 |      |
|                          | 口座名義 | フリガナ<br>-----           |                  |      |      |