

福岡市職員共済組合 はりきゅう費支給申請書
(令和 年 月 施術分)

施術を受けた者	記号	番号	氏名		性別	続柄	
			フリガナ		男 女	本人 被扶養者	
施術内容	初療年月日		施術期間		請求区分		
	平・令年月日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		新規・継続		
	症状(傷病名)				経過		
					治ゆ・継続・中止		
	初検料 1はり 2きゅう 3はりきゅう併用						
	施術料	はり			円 × 回 =	円	
		きゅう			円 × 回 =	円	
		はり・きゅう併用			円 × 回 =	円	
		電療料 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具			円 × 回 =	円	
	費用合計				円		
	一部負担金(3割)				円		
	請求額				円		
施術日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	合計	回			
施術担当者記入欄	<p>上記のとおり施術を行いましたので、福岡市職員共済組合はりきゅう費の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日 元</p> <p>住 所</p> <p>施術担当者 氏名 印</p> <p>(あて先)福岡市職員共済組合理事長</p>						
受療者記入欄	<p>上記内容の施術を受けたことを確認致します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>受療者 氏名 (自署)</p>						

福岡市職員共済組合
はりきゅう費支給請求書【合計表】
(令和 年 月 施術分)

(あて先)福岡市職員共済組合理事長

別紙請求明細書の組合員及び被扶養者に対して施術を行いましたので、福岡市職員共済組合はりきゅう費を下記のとおり請求致します。

記

受療者	人		請求金額 合計	円
	内訳:組合員	人		
	被扶養者	人		

令和 年 月 日

請求者

〒

住所

氏名

印

備考欄

福岡市職員共済組合 はりきゅう費請求明細書

(令和 年 月 施術分)

連番	組合員(被扶養者)				受療者氏名	施術回数	請求金額
	記号		番号				
1						回	円
2						回	円
3						回	円
4						回	円
5						回	円
6						回	円
7						回	円
8						回	円
9						回	円
10						回	円
11						回	円
12						回	円
13						回	円
14						回	円
15						回	円
小計		(人数)			(金額)		
		人				円	
合計		(人数)			(金額)		
		人				円	

(施術担当者) 住所

氏名

印

口座振替請求書

金額
(税込)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(注: 金額の記載は、アラビア数字を用いその頭部に「¥」を記入してください。)

事業者の種別

課税事業者(適格請求書発行事業者 登録済)適格請求書発行事業者の
氏名または名称 () 登録番号(T)課税事業者(適格請求書発行事業者 登録未了)免税事業者

請求明細

取引日付	取引内容(品名)	<input type="checkbox"/> 税抜金額	<input type="checkbox"/> 税込金額
			円
			円
			円
			円
			円
			円

軽減税率対象には「※」、旧税率(8%)対象には「○」を取引内容(品名)に記載のこと。

8%対象(軽減税率)	円 (税抜)	消費税額	円
8%対象(旧税率)	円 (税抜)	消費税額	円
10%対象	円 (税抜)	消費税額	円

金融機関名	銀行										本 支 店
預金種別	普 通	・	当 座	口座番号							
口座名義 (フリガナ)											

(記入する口座は請求者名義のものに限ります。また、口座名義等の記入にあたっては、必ず預金通帳を確認のうえ、記載のとおり正確に記入してください。)

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

住所

氏名

(宛先) 福岡市職員共済組合理事長

(福岡市職員共済組合)

※法人等の場合

連絡先電話番号

担当者 部署・氏名

(注)1 金額と口座番号は、右づめで記入してください。

なお、ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、振込用の口座番号を記入してください。

2 請求書の金額は、訂正できません。