（様式第３号）（要綱第８条関係）

ス モ ン 施 術 費 請 求 書

請求金額	金　　円

年　　月分のスモン施術費を上記のとおり請求します。

年　　月　　日

請求者　住　所

氏　名

保健所長　殿

スモン施術受給者番号	0	5					

受領方法							
	口座振込	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	店 所		口　座 名義人	ふりがな
		預金種別	普通・当座	口座番号			
	銀行窓口での受領		銀行　　支店				

ス　モ　ン　施　術　証　明　書

施　術　区　分	施術回数	基準単価	請　求　金　額
は　　り	回	円	円
き　　ゅ　　う	回	円	円
はり及びきゅう（２術併用）	回	円	円
マ　ッ　サ　ー　ジ	回	円	円
合　　計	回		円

はり通電方式のはり、電気温きゅう器の使用　（使用した・使用しない）

（患者名　　）に係るスモン施術費は、上記のとおりであることを証明します。

年　　月　　日

施術者　所 在 地

施術所名

氏　　名　　㊞

委　　任　　状

私は上記スモン施術費の請求及び受領に関する権限を次の者に委任します。

委任先　住　所

（施術者）氏　名

年　　月　　日

委任者　住　所

（受給者）氏　名　　㊞

（この欄は受給者が上記スモン施術を行った施術所に請求及び受領に関する権限を委任する場合にのみ記入してください。）