

令和 年 月分

柔道整復施術療養費支給申請書総括票(Ⅱ)

柔道整復施術療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

令和 年 月 日

保険者名	
保険者番号	
広域連合代表 保険者番号	

県番号	表別	施術機関番号	診療科
21	5		71

(請求者) 登録記号番号

所在地

施術所名

柔道整復師名

国保・退職者

給付割合			
7	8	9	10

			件数	費用額	一部負担金	請求額	
国民健康保険	七〇歳以上 一般・低所得	退本職人	請求	件	円	円	円
			※決定				
	七〇歳以上 割		請求				
			※決定				
	一人・家族 一般		請求				
			※決定				
	一未就学 一般	退被扶養者	請求				
			※決定				
		退未就学	請求				
			※決定				

			件数	費用額	一部負担金	請求額
後期高齢者	九八割割	請求	件	円	円	円
		※決定				
	七割	請求				
		※決定				

			件数	費用額	一部負担金	請求額
公費負担医療 53	請求		件	円	円	円
	※決定					

※欄は記入しないこと。