（様式第8号）

令和　　年　　月分

はり・きゅう、マッサージ施術療養費支給申請書総括票（Ⅰ）

施術所番号	

請求者　登録記号番号
所在地
名称
氏名

保険者名	08		00		02・06		04	
	国保:70歳以上 2割負担 後期:1割負担 2割負担		国保:70歳以上 3割負担 後期:3割負担		国保:本人 家族		国保:未就学児	
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額