

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（Ⅱ）

はり・きゅう、マッサージ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	7		72

（請 求 者）登 録 記 号 番 号

所 在 地

施 術 所 名

国保・退職者

施 術 管 理 者 名

給 付 割 合			
7	8	9	10

	国 保	退 職 者		件 数	費 用 額	一部負担金	請 求 額
				件	円	円	円
国民 健康 保 険	七〇歳以上	一般・低所得 退職者	請 求				
			※決 定				
	七〇歳以上	七割	請 求				
			※決 定				
	一一般	本人・家族	請 求				
			※決 定				
	一一般	未就学 退職者	請 求				
			※決 定				
		退 未就学 職	請 求				
			※決 定				

			件 数	費 用 額	一部負担金	請 求 額
			件	円	円	円
後期 高齢者	九 八 割 割	請 求				
		※決 定				
	七 割	請 求				
		※決 定				

		件 数	費 用 額	一部負担金	請 求 額
		件	円	円	円
公費負担医療 53	請 求				
	※決 定				

※欄は記入しないこと。