

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)の続き
地単公費(福祉医療費助成金)請求分 (再掲)

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
 施術管理者名

地単公費負担医療(国保・後期分)

事業別番号		件数	費用額
80	(障害者)	件	円
81	(子ども)	件	円
85	(ひとり親)	件	円

※事業別番号毎に件数、費用額を集計(再掲)してください。

<地単公費(福祉医療費助成金)請求分の記載について>

○国保・後期分にかかる地単公費(福祉医療費助成金)の総括票です。

(総括票(Ⅱ)の続紙として添付してください。)

○地単公費の事業別番号毎に件数、費用額を集計(再掲)して記載してください。