

令和 年 月分

はり・きゅう、マッサージ施術療養費分
地単公費(福祉医療費助成金)請求書

地単公費(福祉医療費助成金)について、別添の支給申請書(写し)のとおり請求します。

令和 年 月 日

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(被用者保険分)

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、費用額を集計してください。

<地単公費(福祉医療費助成金)請求書の記載について>

- 被用者保険分にかかる地単公費(福祉医療費助成金)の請求書です。
- 被用者保険へ提出した支給申請書の写し(公費欄に地単公費負担者番号及び地単公費受給者番号を記載したもの)を綴り、国保連合会へ提出してください。

※被用者保険分の支給申請書(原本)は、従来どおり、保険者に提出してください。

- 地単公費の事業別番号毎に件数、費用額を集計して記載してください。