

令和 年 月 分

柔道整復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	5		71

(請 求 者) 登 録 記 号 番 号

所 在 地

施 術 所 名

柔 道 整 復 師 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	(こども)	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。