

# 療養費支給申請総括票(Ⅱ)の記載方法

該当する施術に○を付してください。

(あんま・マッサージ はり・きゅう)

施術が行われた年月を記載してください。

令和 年 月分

後期9 後期7 高齢8 高齢7 6歳 国保 退職本 退職家

## 療養費支給申請総括票(Ⅱ)

保険者番号:

保険者名:

殿

(請求者) 登録記号番号

機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施術所所在地

施術所名称

施術管理者氏名

電話

右上の後期9～退職家のうち、該当するいずれか1つに○を付して、区分毎に総括票を別々に作成してください。

登録記号番号の左から3桁目を7(はり、きゅう)、8(あん摩マッサージ指圧)に置き換えて記載してください。

療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

区分	件数	費用額	一部負担金	請求金額
○請求	件	円	円	円
決定				
80○請求				
決定				
81○請求				
決定				
82○請求				
決定				
85○請求				
決定				
* 返戻	事前分	本人		
		家族		
	保険者	本人		
		家族		
* 誤算	本人			
	家族			
* 増減	本人			
	家族			

  

国保	00	重身	80	乳幼児	81	ひとり親	82
退職	67	重身	80	乳幼児	81	ひとり親	82
後期	39	重身	85			ひとり親	82

  

\* 重身、乳幼児、ひとり親家庭の集計については再掲をお願いします。

  

振込先  
口座名義人

\* 印の欄は記入しないこと。

振込先については1施術所につき1口座をお願いします。