

(あんま・マッサージ はり・きゅう)

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

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				
⑧〇請求				
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			

振込先
口座名義人

\* 印の欄は記入しないこと。