

平成 年 月分柔道整復施術療養費請求書（総括表）

保険者名

様

柔道整復師
所在地及び名称
電話番号
氏名

下記のとおり請求致します。

印

保 険 者 番 号	柔道整復師コード番号又は登録記号番号	科別														
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> </table>											<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">県番号</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">10</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">国</td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> </table>	県番号	10	国		5
県番号	10	国														
契		- -														

平成 22 年 12 月 10 日

区 分			件 数	施術日数	費 用 額	請 求 金 額	
国 保 一 般	70歳以上一低	申請①					
		※決定					
	70歳以上7割	申請②					
		※決定					
	被保険者7割	申請③					
		※決定					
	6 歳	申請⑤					
		※決定					
	国 保 退 職	本 人	申請⑥				
			※決定				
家 族		申請⑨					
		※決定					
6 歳		申請⑩					
		※決定					
後 期	9 割	申請㉑					
		※決定					
	7 割	申請㉒					
		※決定					

注 ※欄は記入しないでください