

令和 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>											県番号 10 国	5
契		- -										

令和 年 月 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