

令和 年 月分 施術療養費請求総括票

令和 年 月 日 提出

振込銀行名	
銀行	本(支)店

県番号		施術所コード
3	6	

〒	施術所の所在地	名称	整復師氏名

				請 求			備 考
				件数	費用額	一部負担金	
00	9	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求		円		
			※決定				
00	7	一般被保険者 (70歳以上7割)	請求				
			※決定				
00	0	一般被保険者	請求				
			※決定				
00	6	一般被保険者 (6歳)	請求				
			※決定				
67	0	退職者 (本人)	請求				
			※決定				
67	1	退職者 (被扶養者)	請求				
			※決定				
67	6	退職者 (6歳)	請求				
			※決定				
39	9	後期高齢者 9割	請求				
			※決定				
39	7	後期高齢者 7割	請求				
			※決定				

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。