

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	請求		円	/	
		(70歳以上一般・低所得)	※決定			/	
00	7	一般被保険者	請求			/	
		(70歳以上7割)	※決定			/	
00	0	一般被保険者	請求			/	
			※決定			/	
00	6	一般被保険者	請求			/	
		(6歳)	※決定			/	
67	0	退職者	請求			/	
		(本人)	※決定			/	
67	1	退職者	請求			/	
		(被扶養者)	※決定			/	
67	6	退職者	請求			/	
		(6歳)	※決定			/	
39	9	後期高齢者	請求			/	
		一般・低所得	※決定			/	
39	7	後期高齢者	請求			/	
		7割	※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。