

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

下記のとおり請求致します。

柔 道 整 復 師
所 在 地 及 び 名 称
電 話 番 号
氏 名

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
					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	7 0 歳以上一低	申請①				
		※決定				
	7 0 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	一 般 低 所 得	申請㉔				
		※決定				
	7 割	申請㉕				
		※決定				

注 ※欄は記入しないでください