

令和 年 月分

柔道整復施術療養費支給申請総括票(Ⅱ)

保険者 名
実施者 殿

保険者 実施者	コード	
------------	-----	--

(請求者) 登録記号番号 - -

※1桁目は「協」又は「契」をご記載ください。

柔道整復師名

施術所名

柔道整復施術療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

(後期高齢者・国保・公費)

該当制度を○で囲んでください。

区分		件数	費用額	一部負担金 (受給者負担金額)	請求金額
請求	9割(1割)	件	円	円	円
	8割(2割)				
	7割(3割)				
合計					
返戻	9割(1割)	件	円	円	円
	8割(2割)				
	7割(3割)				
合計					
決定	9割(1割)	件	円	円	円
	8割(2割)				
	7割(3割)				
合計					

※合計欄は必ず記入してください。

()は、公費の場合の割合を示す。