令和　　年　　月分

療養費支給申請総括票（Ⅰ）

（請求者）　登録記号番号　　－　　－

施術管理者名

施 術 所 名

保険者名等	本人		家族		計	
	件数	費用額	件数	費用額	件数	費用額
	件	円	件	円	件	円
合　計						

（通信欄）