

令和 年 月分

療養費支給申請総括票（Ⅱ）

保険者 名
実施者 _____

保険者 実施者 番号										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(請求者) 登録記号番号 - -

施術管理者名

施 術 所 名

療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

区 分		件数	費用額	一部負担金	請求金額
請求	本人	件	円	円	円
	家族				
※決定	本人				
	家族				
※返戻	事前分	本人			
		家族			
	保険者	本人			
		家族			
※誤算	本人				
	家族				
※増減	本人				
	家族				

※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。