令和　　年　　月分

療養費支給申請総括票（Ⅱ）

保険者
実施者　名

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、日本産業規格A列4番とすること。