

平成 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
 施術所名

保険者名	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)						

備考 この用紙は日本工業規格A列4番とすること。