

平成 年 月分

療養費支給申請総括票

保険者名: _____ 殿

(請求者) 登録記号番号
施術管理者
施術所名

療養費について、別紙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。