

後期高齢者医療広域連合 殿

令和 年 月 日

(請求者)登録記号番号 契

柔道整復師

施術所名

柔道整復施術療養費について、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
請求及び決定	9割	請求			
		※決定			
	8割	請求			
		※決定			
	7割	請求			
		※決定			
※返戻	9割	事前分			
		保険者			
	8割	事前分			
		保険者			
	7割	事前分			
		保険者			
※誤算	9割				
	8割				
	7割				
※増減	9割				
	8割				
	7割				

※印の欄は記入しないこと。