

(様式第7号の1)

令和 年 月分国保・退職者柔道整復施術療養費支給申請総括票（Ⅱ）

保険者名

殿

施術所所在地
名称
電話番号
柔道整復師氏名

保険者番号						県番号		施術所コード							
						3	3								

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

区 分			件 数	金 額	一部負担金	備考
国民健康保険	一 般 （ 一 般 七 〇 歳 以 上 被 保 険 者 ）	請求				
		※決定				
	一 般 （ 七 〇 歳 以 上 ）	請求				
		※決定				
	一 般 被 保 険 者	請求				
		※決定				
	一 般 （ 六 歳 ）	請求				
		※決定				
退職者医療	退 職 （ 本 人 ）	請求				
		※決定				
	退 職 （ 被 扶 養 者 ）	請求				
		※決定				
	退 職 （ 六 歳 ）	請求				
		※決定				