

(様式第 7 号の 1)

平成 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。

平成 年 月 日

区 分			件 数	金 額	一部負担金	備考
国民健康保険	一 般 （一七歳以上一般低所得）	請求				
		※決定				
	一 般 （一七歳以上七割）	請求				
		※決定				
	一般被保険者	請求				
		※決定				
	一 般 （一六歳未満）	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 （一六歳未満）	請求				
		※決定				