

令和 年 月分

療養費支給申請総括票（Ⅱ）

保險者名： 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	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。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。