別添１（様式第９号）

令和　　　年　　　月分（ はり・きゅう分 ／ あんま・マッサージ分 ）

どちらかを○で囲むこと。

療養費支給申請総括票（Ⅱ）

保険者名：　　　　　　　　　　　　　　殿

|  |
| --- |
| （請求者）登録記号番号　　　　　　　　　　　　－　　　　－  　　　　　施術管理者 |

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。