

施術年月を記載してください。

## 令和 年 月分 柔道整復施術療養費支給申請総括票

登録記号番号を記載してください。

1. 2どちらかに○をつけてください。

支給申請書 1. 手書き  
記載 2. 電算  
受付印

所在地、名称等を記載してください。  
(電話番号も必ず記載してください。)

支給申請書提出年月日を記載してください。

令和 年 月 日 下記の保険者について別添施術療養費請求書の通り請求する。

[illegible]

福祉医療費の請求がある場合はその枚数を記載してください。

福祉医療費請求書

|            |   |
|------------|---|
| 連名簿(紙)合計枚数 | 枚 |
| 磁気媒体合計枚数   | 枚 |

\*記入上の注意

- 1) 保険者名欄は保険者番号順に記載してください。  
(保険者番号は滋賀県国民健康保険・後期高齢者医療一部負担割合・被保険者証有効期限等一覧表を参照ください。)
- 2) 件数欄は保険者毎に国保の合計件数を記載し、支給申請書合計件数欄には支給申請書の総件数を、福祉医療費請求書欄には連名簿(紙)・磁気媒体の合計枚数を記載してください。(総括票には福祉医療の件数を再掲する必要はありません。)
- 3) 後期高齢者医療分支給申請書合計件数欄は、後期高齢者医療の総件数を集計してください。
- 4) 破線より下段は記載の必要はありません。

|      |       |      |       |       |      |      |      |       |
|------|-------|------|-------|-------|------|------|------|-------|
| 区分   | 保険者確認 | 事務点検 | 審査委員会 | 計数整理  | 決定入力 | 増減入力 | 増減確認 | エラー修正 |
| 担当者印 |       |      |       |       |      |      |      |       |
|      |       | 事業区分 | 処理区分  | 点数表区分 | 備考   |      |      |       |
|      |       | 3    | 2     | 19    |      |      |      |       |
|      |       | 柔整   | 県内    | 柔整    |      |      |      |       |