要様式第2号－4－2

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		支給申請書　1. 手 書 き 記　　載　2. 電　　算
所 在 地 名　　称 開 設 者 氏　　名 電話番号		受　付　印

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。

保　険　者		件数	保　険　者		件数	保　険　者		件数
保険者名	保険者番号		保険者名	保険者番号		保険者名	保険者番号	
						国保分 支給申請書合計件数		件
						後期高齢者医療分 支給申請書合計件数		件

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	