

国民健康保険 柔道整復施術療養費請求書

登録記号番号 _____

令和 年 月分 下記のとおり請求する

令和 年 月 日

保険者番号					

保険者 殿 施 術 所 所 在 地
 柔道整復師 氏 名 名 称
 電 話 番 号

		件 数	実 日 数	金 額	一 部 負 担 金	
国 民 健 康 保 険 者	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請 求 91				
		※ 決 定				
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請 求 81				
		※ 決 定				
	一般被保険者	請 求 71				
		※ 決 定				
	一般被保険者 (6 歳)	請 求 31				
		※ 決 定				
	退 職 者	本 人	請 求 851			
			※ 決 定			
	被 扶 養 者	請 求 771				
		※ 決 定				
	6 歳	請 求 371				
		※ 決 定				
福祉医療費		請 求 401				
		※ 決 定				

- 備考 1 この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55Kg)とし黒刷りしてください。
 2 ※の欄は、記入しないでください。
 3 福祉医療費の欄には、福祉医療にかかるものを再掲してください。