要様式第2号－4－2

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	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。	支給申請書記載 1．手書き 2．電算
所在地 名称 開設者氏名 電話番号	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。		受付印

平成　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

各保険者毎に保険者名、保険者番号、請求件数を記載してください。
※記入の順番は保険者番号順でお願いします。

国保分の請求件数の合計を記載してください。

後期高齢者医療分の請求件数の合計を記載してください。

福祉医療費の請求がある場合はどちらかに○をつけ、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分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)・磁気媒体の枚数記載してください。（総括票には福祉医療の件数は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				