バッチ	保険者番号

令和　　年　　月分　後期高齢者医療療養費（柔整）請求書

保険者名

静岡県広域連合　　殿

登録記号番号										

所在地

施術所名称

柔道整復師氏名　　印

下記のとおり請求します

令和　　年　　月　　日

区分	件数	費用額
後期高齢者 ９　　割	件	千　　円
後期高齢者 ７　　割		