

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

下記のとおり請求します

令和 年 月 日

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