

年 月分 柔道整復施術療養費請求総括表

| 保険者名 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 合 計 | |
|-------------|--------------|------------|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-------|-----|-----|
| 区 分 | | 件数 | 金 額 | 件数 | 金 額 | 件数 | 金 額 | 件数 | 金 額 | 件数 | 金 額 | 件数 | 金 額 | 件数 | 金 額 | 件数 | 金 額 |
| 国民健康 保 險 | 一般被 保 險 者 | 70歳 一・低 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 70歳 7割 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 一般 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 一般 6歳 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 退 職 者 | 退職 本人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 被扶 養者 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 退職 6歳 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 総 合 計 | | 件数 | | 件 | 金額 | | 円 | | | | | | | 特別療養費 | 件 | |

| | | | |
|-----------------------|------------|---------|---------|
| 保険者名 | | 静岡県広域連合 | |
| 区 分 | | 件数 | 金 額 |
| 後 期 高 齢 者 | 一般・ 低所得 | | |
| | 7 割 | | |
| 合計 | | | 特別療養費 件 |

登録記号番号 _____

施術所等の
所在地及び名称

◎請求書は、毎月10日(必着のこと)までに下記あて送付して下さい。
〒420-8558 静岡市葵区春日2丁目4番34号 静岡県国保会館
静岡県国民健康保険団体連合会 電話 054-253-5541
FAX 054-253-5543