

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 保険	一般被 保険者	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	9 割		
	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