

施術機関 ⇒ 国保連合会

※施術機関番号																				
施術所の名称	保健所に届け出た施術所の名称を記載してください。																			

平成 年 月分

療養費支給申請書の施術月を記載してください。複数月提出の場合は、直近の施術月を記載してください。

あん摩・マッサージ、はり・きゅう施術療養費請求書

種類	04	マッサージ用
	05	はり・きゅう用

保険者番号
保険者名

別添の保険者番号一覧を参考に保険者番号及び保険者名を記載してください。保険者毎に作成してください。また、後期高齢者医療分を記載する場合、保険者番号は39460001を記載し保険者名は後期高齢者医療広域連合と記載してください。

該当する施術に○を付けてください。

区	方	件数	施術に要した費用額	一部負担金	請求金額
請求	9割				
	8割				
	7割				
※決定	9割				
	8割				
	7割				
※返戻	事前分	9割			
		8割			
		7割			
※誤算	9割				
	8割				
	7割				

※印の欄は記入しないこと。