施術機関　⇒　国保連合

厚生局から付番された登録記号番号を－（ハイフン）を省いて10桁記載してください。

登録記号番号	
施術所の所在地及び名称	厚生局に届け出た施術所の所在地及び名称を記載してください。
施術管理者名	厚生局に届け出た施術所の施術管理者名及び電話番号を記載してください。
電話番号	

種類			
	☐	04	マッサージ用
	☐	05	はり・きゅう用

該当する施術に✔をしてください。

令和　　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。

きゅう施術療養費総括票

保険者名等	件　数	費　用　額
	件	円
合　計		

保険者番号の若い順に保険者名を記載してください。
例：鹿児島市
鹿屋市
枕崎市
・
・
・
※別添の保険者番号一覧表をご確認ください。

保険者毎に国保・退職該当者を併せた療養費支給申請書の件数を記載してください。

保険者毎にまとめた施術に要した費用額（合計額）を記載してください。
※保険者へ請求する請求額ではありません。

後期高齢者の場合、「県後期高齢者医療広域連合」と記載し、県内の後期高齢者医療保険者の合計を記載してください。

国保・退職該当者、後期高齢者を併せた施術に要した合計件数及び合計費用額を記載してください。

振込先

（通信欄）