令和　　年　　月分

療養費（あん摩・マッサージ）支給申請総括票（Ⅰ）

（請求者）登録記号番号　　　　　　　　－　　　－

　　　　　　　　施術管理者

　　　　　　　　施術所名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者名等 | 本人 | | 家族 | | 計 | |
| 件数 | 費用額 | 件数 | 費用額 | 件数 | 費用額 |
|  | 件 | 円 | 件 | 円 | 件 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |
| （通信欄） | | | | | | |

令和　　年　　月分

療養費（あん摩・マッサージ）支給申請総括票（Ⅱ）

保険者名：　　　　　　　　殿　　　保険者番号

（請求者）登録記号番号　　　　　　　　－　　　　－

　　　　　　　　施術管理者

　　　　　　　　施術所名

　療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | | | 件数 | 費用額 | 一部負担金 | 請求金額 |
| 請求 | 本人 | |  |  |  |  |
| 家族 | |  |  |  |  |
| ＊決定 | 本人 | |  |  |  |  |
| 家族 | |  |  |  |  |
| ＊返戻 | 事前分 | 本人 |  |  |
| 家族 |  |  |
| 保険者 | 本人 |  |  |
| 家族 |  |  |
| ＊誤算 | | 本人 |  |  |
| 家族 |  |  |
| ＊増減 | | 本人 |  |  |
| 家族 |  |  |