

年 月 療養費(柔整)支給申請総括票

原書番号	機 関 コ ー ド 番 号					
6						
所在地						
名 称						
氏 名						
総件数	総金額	集計票				
件	円	枚				
<p>施術機関の申請件数、金額の合計を記載ください。</p>		<p>集計票の合計枚数を記載ください。</p>				
<p>審査印 受付印欄は本会使用欄です。</p>						
		<table border="1"> <tr> <td>審査印</td> <td>受付印</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	審査印	受付印		
審査印	受付印					
<table border="1"> <tr> <td></td> </tr> </table>						

療養費(医療費)支給申請書集計票

【国保、退職、福祉（国保・退職と併用）】

下記のとおり提出いたします。

		原書番号	施術機関コード番号 [知事との契約番号（ハイフン不要）]		
年 月分		4			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 施術月を記載ください。 </div>		所在地 名 称			
		柔道整復師 氏 名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 保険者番号を記載ください。 </div>		
市・町・区		※施術年月	保険者番号	※区分	
国保組合 (神戸市は各区毎に作成)					
区分	件数	総金額	一部負担金 (福祉医療の受給者 負担金額)	備考	
国 保	一般被保険者	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 国保一般被保険者を合算して、記載してください。 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 福祉医療費の受給者負担金を記載ください。 </div>		
	退職者	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 国保退職被保険者を合算して、記載してください。 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 福祉医療費の受給者負担金を記載ください。 </div>		
合計		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 上記の「一般被保険者」と「退職者」の合計を記載してください。 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 福祉医療費の受給者負担金を記載ください。 </div>		
※ 決 定					
※ 返 戻		※ 総 計 誤 算		※ 増 減 状 況	
件数	金 額	増 額	減 額	増 額	減 額

注 1 *の欄は、記載しないでください。

2 神戸市は、区毎に作成してください。

療養費(医療費)支給申請書集計票

【後期高齢者、福祉（後期高齢者と併用）】

下記のとおり提出いたします。

年 月分		原書番号	施術機関コード番号 〔知事との契約番号（ハイフン不要）〕	
		7		
所在地称				
柔道整復師氏名		後期高齢者医療の保険者番号を記載ください。		
※施療年月		保険者番号		※区分
兵庫県後期高齢者医療広域連合		3 9 2 8 × × × ×		
区分	件数	総金額	一部負担金 (福祉医療の受給者負担金額)	備考
後期高齢者医療			後期高齢者医療は、高齢重度障害者医療に係る一部負担金を記載ください。(後期高齢者医療の自己負担金ではありません。)	
合計				
※決定				

※ 返 戻		※ 総 計 誤 算		※ 増 減 状 況	
件数	金 額	増 額	減 額	増 額	減 額

- 注 1 ※の欄は、記載しないでください。
2 保険者番号毎に作成してください。

療養費(医療費)支給申請書集計票

【社保福祉】用

下記のとおり提出いたします。

年 月分		原書番号	施術機関コード番号 [知事との契約番号(ハイフン不要)]		
		5			
		所在地称			
		柔道整復師氏名			
市・町		※施療年月	実施主体者番号		※区分
			2728××××		
区分	件数	総金額	一部負担金 (福祉医療の受給者負担金額)	備考	
社保福祉					
		社会保険に係る福祉医療費を合算して、記載してください。 ※実施主体(市町)が同一であれば、福祉医療の制度にかかわらず合算してください。		福祉医療費の受給者負担金を記載してください。	
合計					
※決定					
※返戻		※総計誤算		※増減状況	
件数	金額	増額	減額	増額	減額

注 1 *の欄は、記載しないでください。

2 実施主体者番号欄

代表番号として「2728××××」を使用します。

神戸市は、「27284009」と記載してください。

神戸市以外は、老人保健の公費負担者番号を記載してください。