別添１（様式第９号）

平成31年　1月分

療養費支給申請総括票（Ⅱ）

保険者名：石川県後期高齢者医療広域連合(39170006)　殿

|  |
| --- |
| （請求者）登録記号番号　〇〇〇〇〇〇〇〇－〇－〇　　　　　施術管理者　石川太郎　　　　　　いしかわ治療院 |

はり、きゅう療養費について、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 | 件10 | 円123,456 | 円12,346 | 円111,110 |
| 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 |  |  |

※印の欄は記入しないこと。

備考　　この用紙は、日本工業規格Ａ列４番とすること。

別添１（様式第９号）

平成31年　1月分

療養費支給申請総括票（Ⅱ）

保険者名：石川県後期高齢者医療広域連合(39170006)　殿

|  |
| --- |
| （請求者）登録記号番号　〇〇〇〇〇〇〇〇－〇－〇　　　　　施術管理者　石川太郎　　　　　　いしかわ治療院 |

マッサージ療養費について、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 | 件10 | 円123,456 | 円12,346 | 円111,110 |
| 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 |  |  |

※印の欄は記入しないこと。

備考　　この用紙は、日本工業規格Ａ列４番とすること。