

平成 年 月分  
療養費支給申請総括票 ( 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)						

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

平成 年 月分  
療養費支給申請総括票 (II)

保険者名 : \_\_\_\_\_ 殿

(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	件	円	円	円
	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。

療養費の支給申請に係る増減金額等のお知らせ

施術所名

施術管理者： \_\_\_\_\_ 殿

療養費の支給申請について、下記のとおり支給額の減額及び不支給等の内訳をお知らせします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保険者名：

所在地：

氏名 (受療者)	記号 番号	区分	本・家 区分	増減金額 請求金額－決定金額	施術月	理由
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.		円		
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				

(区分欄の減額・不支給等の理由を○で囲む。)