年　月分　柔道整復施術療養費送付票

登録記号番号

	保険者	国民健康保険									市町村名	福祉医療			市町村名	後期高齢者医療		
		一般被保険者			退職者医療													
					本人			被扶養者										
		件数	日数	費用額	件数	日数	費用額	件数	日数	費用額		件数	日数	費用額		件数	日数	費用額
請求																		
合計																		
※決定																		
摘要																		

※　欄は記入しないこと。

施術所の所在地

及び名称

氏　　名