

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。

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.				

(区分欄の減額・不支給等の理由を○で囲む。)