

令和 年 月分

後期高齢者医療柔道整復施術療養費請求書

滋賀県後期高齢者医療広域連合 殿 施 術 所 の
所在地及び名称
電 話 番 号
柔道整復師氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

登録記号番号

後期高齢者医療

| | | 件数 | 実日数 | 金額 | 一部負担金 |
|------------------|---------|----|-----|----|-------|
| 後期高齢者 一般・低所得 | 請求 2 | 件 | 日 | 円 | 円 |
| | ※決定 | | | | |
| 後期高齢者 七 割 | 請求 2 | | | | |
| | ※決定 | | | | |
| 福 祉 医 療 | 請求 2 | 件 | 日 | 円 | 円 |
| | ※決定 | | | | |
| | 請求 2 | | | | |
| | ※決定 | | | | |
| | 請求 2 | | | | |
| | ※決定 | | | | |
| | 請求 2 | | | | |
| | ※決定 | | | | |
| | 請求 2 | | | | |
| | ※決定 | | | | |

- 注記 1. この用紙は、A列4版さくら色上質紙(55kg)とし黒刷りしてください。
 2. ※印の欄は、記入しないでください。
 3. 福祉医療については、福祉番号毎に合計の上、記載してください。