

□年□月分 後期高齢者医療
柔道整復施術療養費支給申請総括票(Ⅰ)

令和 年 月 日

柔道整復師

施術所名

登録記号番号

契

区分	件数	費用額	一部負担金 (患者負担金)	請求金額	修正 区分
39	9割				
	8割				
	7割				
合計					