

令和 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。