

審査担当者

平成 年 月請求

月別療養費 個人請求書集計

助成計	円
本体計	円
/ ページ	

支部名	登録番号	氏名
-----	------	----

↓ 申請書提出順		被保険者欄		保険者欄		回数	施術期間等					請求金額					
番号	受領確認	被保険者	被扶養者	種類	保険者名	請求回数	月	日	～	月	日	施術日数	鍼・灸・マ	(本体)医療保険	自己負担割合	障・原・親	医療助成
1									～						割		
2									～						割		
3									～						割		
4									～						割		
5									～						割		
6									～						割		
7									～						割		
8									～						割		
9									～						割		
10									～						割		
11									～						割		
12									～						割		
13									～						割		
14									～						割		
15									～						割		

計算確認者

※当書類は保険請求の際に必要ですので、正確・丁寧に記入してください。