

印の箇所を記入してください

国保 後期 その他

平成 年 月分 子障親医療費総括票

親保険の種類に○をしてください。

4 0     殿

市町村名 ( )

施術所登録  
番号

下記のとおり請求する。

施 術 所 名

施 術 管 理 者 名

81	保険給付 割合別		件数	実日数	総額	患者負担額	請求額	備考
	7割	請求 *決定						
子	8割	請求						
		*決定						
ど	9割	請求						
		*決定						
も								

80	保険給付 割合別		件数	実日数	総額	患者負担額	請求額	備考
	7割	請求 *決定						
障	8割	請求						
		*決定						
害	9割	請求						
		*決定						
者								

90	保険給付 割合別		件数	実日数	総額	患者負担額	請求額	備考
	7割	請求 *決定						
ひ	8割	請求						
		*決定						
と	9割	請求						
		*決定						
り								
親								

該当する箇所に件数、日数、総額、患者負担額を記入してください。