

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

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						
子ども	8割	請求						
		*決定						
	9割	請求						
		*決定						

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						
障害者	8割	請求						
		*決定						
	9割	請求						
		*決定						

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						
ひとり親	8割	請求						
		*決定						
	9割	請求						
		*決定						

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。