

総括票記載例

印の箇所を記入してください

国保

後期

その他

令和 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

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

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

	保険給付 割 合 別		件数	実日数	総額	患者負担額	請求額	備考
90 ひ と り 親	7割	請求						
		*決定						
	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