別添１（様式第８号）

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 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。

別添１（様式第９号）

令和　　　年　　　月分

療養費支給申請総括票（Ⅱ）

保険者名：　　　　　　　　　　　　　　殿

|  |
| --- |
| （請求者）登録記号番号　　　　　　　　　　　　－　　　　－  　　　　　施術管理者 |

療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | | 件数 | 費用額 | 一部負担金 | 請求金額 |
| 請　　求 | 本　人 | | 件 | 円 | 円 | 円 |
| 家　族 | |  |  |  |  |
| ※決定 | 本　人 | |  |  |  |  |
| 家　族 | |  |  |  |  |
| ※返戻 | 事前分 | 本人 |  |  |  | |
| 家族 |  |  |
| 保険者 | 本人 |  |  |
| 家族 |  |  |
| ※誤算 | | 本人 |  |  |
| 家族 |  |  |
| ※増減 | | 本人 |  |  |
| 家族 |  |  |

※印の欄は記入しないこと。

備考　　この用紙は、日本工業規格Ａ列４番とすること。

別添１（様式第10号）

療養費の支給申請に係る増減金額等のお知らせ

施術所名

施術管理者：　　　　　　　　　　　　　殿

療養費の支給申請について、下記のとおり支給額の減額及び不支給等の内訳をお知らせします。

令和　　　年　　　月　　　日

　保険者名：

　：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名  （受療者） | 記号  番号 | 区　　分 | 本・家  区分 | 増減金額  請求金額－決定金額 | 施術月 | 理　　由 |
|  |  | 1.減額  2.不支給  3.再審査 |  | 円 |  |  |
|  |  | 1.減額  2.不支給  3.再審査 |  |  |  |  |
|  |  | 1.減額  2.不支給  3.再審査 |  |  |  |  |
|  |  | 1.減額  2.不支給  3.再審査 |  |  |  |  |
|  |  | 1.減額  2.不支給  3.再審査 |  |  |  |  |
|  |  | 1.減額  2.不支給  3.再審査 |  |  |  |  |
|  |  | 1.減額  2.不支給  3.再審査 |  |  |  |  |
|  |  | 1.減額  2.不支給  3.再審査 |  |  |  |  |

（区分欄の減額・不支給等の理由を○で囲む。）