

柔 令和 年 月分 後期高齢者療養費請求書

柔整師登録番号	契							0	0
宮城県国保連コード	0	4	5						

保険者番号	3	9	0	4	0	0	0	1
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

宮城県後期高齢者医療広域連合 殿

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

柔道整復施術所の

所在地及び名称

電話番号

氏名

区分		件数	費用額
後期高齢者	9割		
	7割		

※8割給付及び9割給付を合算し、区分「9割」に記載してください。