

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。

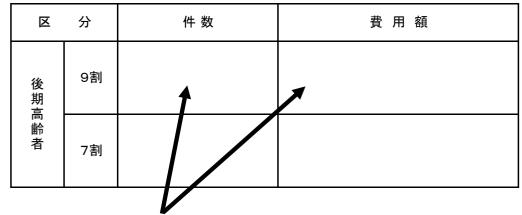
令和 年 月 日

柔道整復施術所の

所在地及び名称

電 話 番 号

氏 名



※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。