



令和 年 月分 国民健康保険療養費請求書

柔道整復師登録番号	契									-	0	-	0
宮城県国保連コード	0	4	5										

保険者番号	0	4				
-------	---	---	--	--	--	--

保険者名 宮城県 _____ 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		給付拡大	件数	費用額
国民健康保険	70歳以上 一般・低所得 8割	K1		
	70歳以上 上位 7割	J1		
	未就学児 8割	A2		
	7割	7		