

令和 年 月分
療養費支給申請総括票 (Ⅱ)

保険者名：大分県後期高齢者医療広域連合 殿

(請求者) 登録記号番号 — —
施術管理者
施術所名

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。