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 |
| 千葉県後期高齢者医療広域連合 | 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：　千葉県後期高齢者医療広域連合　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市区町村名 |  | 保険者番号 |  |

|  |
| --- |
| （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。