

※領収書の写しを貼付してください。

(領収書貼付欄)

※これが標準的な領収書の様式です。(領収書は無償交付が義務づけられています)

(別紙様式 1)

領 収 証

様

保険分合計	円
① 一部負担金	円
② 保険外	円
合計金額 (①+②)	円

平成 年 月 日

上記合計金額を領収いたしました。

住所 〒

被保険者名

氏名 印

業 種

(別紙様式 2)

明 細 書

様

保	(初検料・再接取等)		
	初 検 料	円	
	初検時相談支援料	円	
	再 検 料	円	
	(施術機能提供料)	円	
療	(住費料)	円	
	(施術料等)	円	(負担カ所) 有印
	整復・固定・施療料	円	
	接 療 料	円	
分	電 療 法 料	円	
	冷 電 法 料	円	
	電 療 料	円	
	(その他)	円	
	計	円	
	① 一 部 負 担 金	円	
	② 保 険 外	円	
	合計金額 (①+②)	円	

平成 年 月 日

上記合計金額を領収いたしました。

住 所 〒

氏 名 印

以上のとおり回答します。 【 受診の有無に関わらず、署名・捺印は必ずお願いします。 】

平成 年 月 日記入

被保険者名 (殿自署欄) 印

受診者名 (殿自署欄) 印

連絡先電話番号 _____

※ 受診者が被扶養者の場合には、下欄に被扶養者による被保険者名の記入を必ずお願いします。

(被扶養者による被保険者名の記入欄) _____

※ ご記入後、お手数ですが健康保険組合宛に回答期限までにご提出ください。

※ なお、記載の内容について確認する為、柔道整復師殿(団体等含む)に情報を提供することがありますので、予めご了承ください。

回答期限 平成 年 月 日