

請求書

下記の通りご請求致します。

鳥取県庁福祉保健部福祉保健課 _____ 御中
施術所所在地
施術所名
柔道整復師氏名
電話番号

提出 年 月 日 19316017

被 保 険 者 証		受 診 者 名	本人 家族 別	合 計 額	請 求 額	支 給 額	施 術 月	備 考	担 当 整 復 師 名	第2 保 険 種 別	整 復 師 コ ー ド	レセプト 番 号
受 給 者 番 号												
【 計 】		件										
【 合 計 】		件										

振込先	
-----	--