**後期高齢者医療　はり・きゅう施設施術料金請求書**

年　　　月　　　日

　萩　市　長　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施術担当者 | 住　所 |  |
|  | 氏　名 |  |

　　　　　　年　　　月分 下記のとおり請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 請求金額　　　　　　　　　　　　　円 | | | |
| 区　　分 | 件　　数 | 施術日数 | 金　　額 |
| 請　　求 | １術　　　　　件 | １術　　　　　日 | 円 |
| ２術　　　　　件 | ２術　　　　　日 | 円 |
| ＊決　　定 | １術　　　　　件 | １術　　　　　日 | 円 |
| ２術　　　　　件 | ２術　　　　　日 | 円 |

　備考　＊印欄には記入しないこと。