

# 柔道整復施術所届

令和 年 月 日

柔道整復施術療養費の請求・受領について、下記のとおりお届けします。

大阪府国民健康保険団体連合会  
理事長様

施術管理者住所

氏名

電話番号

( )

印

登録記号番号
契

施術所名	
カナ	
漢字	

施術管理者名	
カナ	
漢字	

郵便番号
—

所在地1(郡市区)	
カナ	
漢字	

所在地2(町村・丁目・地番・号)	
カナ	
漢字	

所在地3(ビル名等)	
カナ	
漢字	

(施術所)電話番号

登録年月日
元号 年 月 日
5:令和

銀行コード*	振込金融機関(漢字)

支店コード*枝	支店名(漢字)	口座区分	口座番号
		1:普通預金 2:当座預金 9:別段預金	

口座名義	
カナ	
漢字	

支払区分	団体コード*	団体名
1:団体 2:施術所		

減通等送付先区分
1:団体 2:施術所

備考

\* の項目は  
記入不要です。