

光熱費申請額合計

(1) 病院群輪番制病院（三次救急医療機関を除く）

医療機関コード (7桁)	施設名称	所在地	A 使用許可病床数	B うち休床中	対象病床数 (A-B)	光熱費申請額

(2) 無床診療所、歯科診療所

↓いずれかに○をつけてください。

医療機関コード (7桁)	施設名称	所在地	種別	申請額
			無床診療所・歯科診療所	
			無床診療所・歯科診療所	

(3) 助産所、訪問看護ステーション

↓いずれかに○をつけてください。

施設名称	所在地	種別	申請額
		助産所 ・ 訪問看護	
		助産所 ・ 訪問看護	

(4) 施術所（あはき、柔整）

↓いずれかに○をつけてください。

受領委任登録コード	施設名称	所在地	種別	申請額
			あはき ・ 柔整	
			あはき ・ 柔整	

↓受領委任の登録を行っていないが、令和5年4月1日から令和6年3月31日までの間に療養費対象の治療を行った場合には以下に必要情報を入力してください。柔整の施術所で紹介元の病院・診療所がない場合には、「なし」と記載してください。

治療を実施した日	紹介元の病院・診療所

他 人 _____

(5) 歯科技工所、登録衛生検査所

↓いずれかに○をつけてください。

施設名称	所在地	種別	申請額
		歯科技工所 ・ 衛生検査所	
		歯科技工所 ・ 衛生検査所	

※枠が足りない場合はコピーして記載してください。