

柔

返 戻 依 頼 書

平成 年 月 日
大阪府国民健康保険団体連合会 行

保 険 者 番 号							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

(保険者名)

登 録 記 号 番 号			
施 術 所 名 称			電 話 番 号

申 請 書 種 別	国 保 ・ 退 職 ・ 後 期 高 齢 ・ 公 費		
被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号			
受 療 者 氏 名			
公 費 負 担 者 番 号		受 給 者 番 号	
本 人 ・ 家 族	本 人		家 族
施 術 年 月			
合 計 金 額			
請 求 年 月			
申 出 理 由			

留意事項

申請書単位、施術年月単位で作成してください。

該当箇所をすべて記入、明示してください。(請求時の申請書内容)

申出が遅くなると保険者からの抽出が困難となりますので、早期に提出してください。

審査結果に係る返戻依頼は取り扱いできませんので、別紙「再審査申出書」で申出してください。

送付先及び連絡先 〒540-0028 大阪府中央区常盤町 1丁目 3 番 8 号 (中央大通 FNビル内)
大阪府国民健康保険団体連合会
【担当】 審査部 審査調整課療養費点検係 (06)6949 - 5422

〔「返戻依頼書」の記載方法〕 (柔整)

柔

返 戻 依 頼 書

提出年月日を記載する

平成 年 月 日
大阪府国民健康保険団体連合会 行

保険者番号(国保00・退職67・後期39)を記載する

保 険 者 番 号									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(保険者名)

保険者名又は区名(大阪市・堺市)を記載する

登録記号番号(契約番号)を記載する

登 録 記 号 番 号		
施 術 所 名 称	電 話 番 号	

施術所名称、電話番号を記載する

抽出する申請書の制度に 印を付す

被保険者証の記号・番号を記載する

申 請 書 種 別	国 保 ・ 退 職 ・ 後 期 高 齢 ・ 公 費		
被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号			
受 療 者 氏 名			
公 費 負 担 者 番 号	受 給 者 番 号		
本 人 ・ 家 族	本 人	家 族	
施 術 年 月			
合 計 金 額			
請 求 年 月			
申 出 理 由			

抽出する申請書の公費負担者番号を記載する

抽出する申請書の受療者氏名を記載する

公費負担医療の受給者番号を記載する

抽出する申請書の本人・家族の該当箇所に 印を付す

施術年月を記載する

合計金額を記載する

請求した年月を記載する

申出理由を簡潔に記載する

留意事項

申請書単位、施術年月単位で作成してください。
 該当箇所をすべて記入、明示してください。(請求時の申請書内容)
 申出が遅くなると保険者からの抽出が困難となりますので、早期に提出してください。
審査結果に係る返戻依頼は取り扱えませんので、別紙「再審査申出書」で申出してください。

送付先及び連絡先 〒540-0028 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号(中央大通 FNビル内)
 大阪府国民健康保険団体連合会
 【担当】 審査部 審査調整課療養費点検係 (06)6949-5422

返戻依頼書を作成する場合は、申請書を請求した時点での必要事項を記入ください。