

柔道整復療養費

返 戻 依 頼 書

令和 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	受療者生年月日	T S H R	年 月 日
公費負担者番号	公費受給者番号		
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

- 支給申請書単位、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してください。(請求時の申請内容)
- 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。

送付先及び問合せ先 〒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