

【柔整返戻依頼書の記載方法】

柔道整復療養費

返 戻 依 頼 書

提出年月日を記載する。

令和 年 月 日
大阪府国民健康保険団体連合会 行

右詰めで記載する。

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(保険者名

保険者名(大阪市、堺市は区名まで)を記載する。

抽出する支給申請書制度に○印を付す。
※ 国保分と公費分を抽出する場合は
2箇所にも○印を付す。

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			

公費分支給申請書を抽出する場合は、公費負担者番号及び公費受給者番号記載する。

本人・家族の該当箇所にも○印を付す。

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。

申出理由を簡潔に記載する。

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

※ 上記項目の該当する箇所はすべてご記入ください。

※ 請求した支給申請書の内容をご記入ください。