

令和 年 月 日

はり、きゅう及びあん摩マッサージ療養費支給申請書の取消(返戻)依頼書

保険者番号	
-------	--

はり、きゅう	あん摩マッサージ	(○を付してください。)
--------	----------	--------------

登録記号番号 _____

施術所(者)名 _____

施術所の所在地 _____

電話番号 _____

施術年月	被保険者証の記号番号	療養を受けた者の氏名	合計金額	取消の理由

※作成上の注意点

- ・登録記号番号、施術所(者)名、所在地及び電話番号は必ず記入してください。
- ・保険者・後期高齢者医療広域連合ごとに作成してください。
- ・請求当月分と、それ以前分を取消(返戻)依頼される場合は、それぞれ別々に取消(返戻)依頼書を作成してください。
ただし、同一被保険者で複数月ある場合は、同一用紙に連続して記入してください。
- ・依頼した療養費支給申請書が返戻されてから、正しい療養費支給申請書を提出してください。
(お手元に戻る前に提出されますと提出された療養費支給申請書が2枚となり、重複請求と見なされる場合があります。)
- ・取消(返戻)件数が多いなど、特殊な場合は事前にご連絡ください。