

柔道整復施術療養費支給申請書の取消(返戻)依頼書

保険者番号	
-------	--

柔道整復師番号 _____

施 術 所 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

- ・柔道整復師番号、施術所名、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。
- ・依頼した柔道整復施術療養費支給申請書が返戻されてから、正しい柔道整復施術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柔道整復施術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。