

令和 年 月 日

和歌山県国民健康保険等
柔道整復施術療養費審査委員会会長 殿

登録記号番号 ()
施術所名
柔道整復師名 印
電話番号

再審査申請について

年 月分 増減点返戻連絡書、再審査結果通知書により通知のあった下記被保険者に係る減額に対して再審査の申請をいたします。

| | | |
|--------------------|-------------|--|
| フリガナ 療養を受けた人の氏名 | 保険者番号 | |
| | 被保険者証の記号・番号 | |
| 生年月日： 年 月 日 | 申し出にかかる減点内容 | |
| 性別： 男 ・ 女 | | |
| 施術月： 年 月分 | | |
| 請求金額 (10割) 円 | | |
| 減 額 円 | | |

再審査申出理由

※再審査申出の締切日は、毎月 20 日です。

なお、20 日以降の到着については翌月の取扱いになります。