

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

登録記号番号	— —	電話 番号	() —
施術所名※			
申請書種別	<input type="checkbox"/> はり、きゅう <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ	保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 公費
保険者番号		生年 月日	大正 昭和 年 月 日 平成 令和
被保険者証 記号・番号			本人 家族 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
受療者氏名			
公費負担者番号		公費受給者番号	
施術年月	令和 年 月	請求年月	令和 年 月 合計金額 円
申出理由	<input type="checkbox"/> 受療者資格等変更 <input type="checkbox"/> 申請書内容訂正 <input type="checkbox"/> その他()		

※ 出張専門の場合は、施術管理者名を記入してください。

留意事項

- ・本会への請求月の20日必着（休日の場合は前日）、以降は保険者等に連絡してください。
- ・支給申請書単位、施術年月で作成してください。
- ・該当箇所は請求時の申請書の内容をすべて記入してください。

送付先及び問い合わせ先

〒540-0028 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号(中央大通FNBビル内)

大阪府国民健康保険団体連合会

【担当】 業務部 業務第4課 (06)6949-5326