

増減額返戻通知書
(後期高齢者医療)

(Z403)
1 - 1

令和 年 月 分 柔整申請書を審査した結果、
下記のとおり請求金額に増減返戻がありました
のでお知らせします。

様

大阪府国民健康保険団体連合会
TEL (06) 6949-5470

登録番号 _____
団体名 _____

保 険 者 番 号 保 険 者 名	等 制 度	請 求 年 月	施 術 年 月	本 家	氏 名	箇 所	事 由	増 減 額		返 戻 金 額	摘 要
								増	減		
合 計											返 戻 件 数

制 度	5	後 期	4	公 費
本 家	8	9割給付 (1割)	0	7割給付 (3割)

箇所の記号	10	初 検 料	20	往 療 料	30	整 復 料
	40	固 定 料	50	施 療 料	60	金 属 副 子
	70	後 療 料	80	揮 法 料	90	そ の 他

事 由	D	療養費の算定基準等から不相当と認められるもの
	G	請求施術料金の掲載が誤っているもの
	K	その他

本家「8」の説明に
「8割給付(2割)」を追加

通 信 欄