

年 月 日

柔道整復療養費の取下申出について

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

柔整施術所コード	柔整施術所の所在地及び名称	開設者氏名	電話番号	担当者名

下記、柔道整復施術療養費支給申請書を返戻くださるようお願いします。
(国保 ・ 後期) 県内保険者分明細書

診療年 年 月	請求年 年 月	保険者番号	被保険者証 記号・番号	ふりがな 患者氏名	生年月日	請求金額	返戻理由
年 月	年 月		記号		大・昭・平・令 年 月 日		
			番号				
年 月	年 月		記号		大・昭・平・令 年 月 日		
			番号				
年 月	年 月		記号		大・昭・平・令 年 月 日		
			番号				
年 月	年 月		記号		大・昭・平・令 年 月 日		
			番号				
年 月	年 月		記号		大・昭・平・令 年 月 日		
			番号				

【**県内保険者分**】宮城県内の保険者及び広域連合に係る返戻依頼は**提出月の25日(12月は20日)まで必着**で本会に提出願います。
なお、**当月提出分以外のもの**や**締切を過ぎたもの**は各保険者及び広域連合へ直接依頼願います。

※「国保と後期」、「県内保険者分と県外保険者分」は該当する方を○で囲み**それぞれ別の紙に記入**して提出願います。
※返戻理由は必ず記入願います。