

再 審 査 請 求 書

平成 年 月 日

栃木県国民健康保険等柔道整復療養費審査委員会 様

住 所
施 術 所 名
柔 道 整 復 師 名

印

下記の理由により、柔道整復施術療養費支給申請書を再審査願います。

1	施 術 月	平成 年 月	請 求 月 (提 出 月)	平成 年 月
2	保険者番号 (後期高齢者保険者番号)		記号・番号 (後期高齢者被保険者番号)	
3	被保険者名 (受療者名)			本人 ・ 家族
4	請求金額		減金額	
5	申出理由			

6	国保連 使用欄	処 理 結 果	処理年月日	平成 年 月 日
		1. 復 活 2. 一部復活 3. 原審どおり 4. 保 留	備 考	

留意事項

※この様式は「柔道整復施術療養費支給申請書」1件につき1枚で申出してください。

※再審査請求はできるだけ早期に申出下さいますようお願いいたします。

※参考として、施術録(カルテ)等の写しを添えて提出願います。