

はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧療養費

保険者番号「国保6桁「07XXXX」、保険者名・担当課、電話番号を記載。

返戻付箋（国民健康保険）

保険者番号	079999	保険者名・担当課	国保市 国保課
返戻付箋を貼付する申請書の情報を記載。		電話番号	024-999-9999

提出年月日	令和6年6月20日	施術年月	令和6年2月
被保険者氏名	施術 太郎	被保険者証番号	123456
生年月日	平成元年1月1日	性別	男 ・ 女
合計金額	10,000円		

療養費支給申請書を以下の○印の事由により返戻します。

療養費支給申請書に訂正等の上、過誤返戻付箋を添付したまま次月提出分と合わせて再提出願います。

該当する理由番号に○を付ける。

返戻理由

○を付けた理由番号の詳細を記載。

理由詳細

理由番号	返戻理由	理由詳細
01	転出	令和 6 年 2 月 1 日に転出しております。
02	生活保護適用	年 月 日より生活保護の適用になります。
03	社会保険適用	年 月 日より、社会保険（ ）に加入しております。
04	他保険分（他国保保険者・国保組合）	年 月 日より、（ ）に加入しております。
05	資格取得前受診	資格取得は 年 月 日になります。
06	資格証明証発行中受診	年 月 日に資格証明書を発行しております。
07	資格喪失後受診	年 月 日に資格を喪失しております。
08	一般該当	一般被保険者に該当しております。
09	退職（本・家）該当	退職被保険者に該当しております。
10	給付割合誤り	給付割合が誤っております。（ ）割。
11	被保険者証記号番号、氏名、生年月日、性別	（被保険者証記号番号、氏名、生年月日、性別）が誤っております。
12	該当者なし	支給申請書に記載された被保険者に該当する方を確認できません。
13	保険給付外	保険給付の対象外です。
14	施術所から依頼返戻	年 月 日の施術所からの依頼に基づき返戻します。
15	後期高齢該当	年 月 日より後期高齢被保険者に該当しております。
16	全部重複	支給申請書が重複しております。
17	一部重複	支給申請書の一部が重複しております。 （重複内容： ）
18	その他	

保険者が施術所に連絡した日付を記載。

施術所等連絡日

令和 6 年 6 月 15 日