

はり・きゅう・あん摩マッサージ指圧療養費

過誤返戻付箋（後期高齢者医療）

担当課、電話番号を記載。

保険者番号	39070008	保険者名・担当課	後期高齢者医療広域連合
返戻付箋を貼付する申請書の情報を記載。		電話番号	

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 次郎	被保険者証番号	12345678
生年月日	昭和元年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。

療養費支給申請書を必要に応じて訂正等の上、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。

NO	該当する理由番号に○を付ける。	○を付けた理由番号の理由詳細を記載。
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	保険者番号相違	保険者番号が異なっております。
04	他保険分（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	負担割合相違	負担割合が誤っております。() 割。
09	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。
10	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。
11	保険給付外	保険給付の対象外です。
12	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。
13	全部重複	支給申請書が重複しております。
14	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：)
15	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