

令和 年 月 日

はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧
療養費支給申請書 再審査 依頼書

福島県国民健康保険団体連合会 宛

施 術 所 名 及 び
所 在 地

施 術 管 理 者
電 話 番 号

下記の理由により支給申請書を 再審査 願います。

1	種別 ※該当区分を ○で囲んでください。	はり・きゅう あん摩マッサージ指圧			
2	登録記号番号		区 分	国保 ・ 後期高齢者	
3	保 険 者 番 号		被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号		
4	施 術 年 月	令和 年 月	請 求 年 月	令和 年 月	
5	フ リ ガ ナ		生 年 月 日		性別
6	療養を受けた 者の氏名		1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 5.令和	年 月 日	1. 男 2. 女
7	合 計 金 額	円	請 求 金 額	円	
8	減 額 金 額		減 額 箇 所		
9	保 険 者 支 給 決 定 日	令和 年 月 日			
10	再審査理由				
※ 項番8 減額金額、減額箇所は必ず記載してください。					
注) 再審査の対象となる支給申請書1件毎に1枚で作成願います。					

施術所より発送する実際の日付を記載。

令和 年 月 日

はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧
療養費支給申請書 再審査 依頼書

福島県国民健康保険団体連合会 宛

施術所名、所在地、施
術管理者氏名、電話
番号を記載。

施 術 所 名 及 び
所 在 地

施 術 管 理 者

電 話 番 号

再審査を申し出る支給
申請書の情報を記載。

下記の理由により支給申請書を 再審査 願います。

1	種別 ※該当区分を ○で囲んでください。	はり・きゅう	あん摩マッサージ指圧		
2	登録記号番号		区 分	国保 ・ 後期高齢者	
3	保険者番号		被保険者証 記 号・番 号		
4	施 術 年 月	令和 年 月	請 求 年 月	令和 年 月	
5	フリガナ		生 年 月 日	性別	
6	療養を受けた 者の氏名	減額となった金 額及び箇所を 記載。	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 5.令和	年 月 日	1. 男 2. 女
7	合 計 金 額	円	請 求 金 額	円	
8	減 額 金 額		減 額 箇 所		
9	保 険 者 支 給 決 定 日	令和 6年 6月27日			
10	再審査理由 再審査を申し出 る理由を記載。 保険者が支給決定(振 込が行われた日)を記				
※ 項番8 減額金額、減額箇所は必ず記載してください。					
注) 再審査の対象となる支給申請書1件毎に1枚で作成願います。					