

年 月 日

静岡県国民健康保険団体連合会理事長 様

登録記号番号

柔道整復施術所所在地
施 術 所 名
柔道整復師の氏名

柔道整復施術料の査定に対する再審査請求書

(国 保 ・ 後期高齢者)

このことについて、下記のとおり再審査請求します。

施 術 月	年 月
請 求 月 (提 出 月)	年 月
保険者名 / 保険者番号	()
被保険者証の記号番号	
療養を受けた人の氏名	退職本人・退職被扶養者
後期高齢者保険者番号	
後期高齢者被保険者番号	
合 計 費 用 額	
施 術 開 始 日	年 月 日
査 定 の 内 容	
再 審 査 請 求 の 理 由	

※なお、施術録(カルテ)等の写しを添えて提出願います。