平成　　年　　月　　日

和歌山県国民健康保険等
柔道整復施術施療養費審査員会会長　殿

登録記号番号　（　　）
施術所名
柔道整復師名　　印
TEL

再審査申請について

平成　　年　　月分　増減点返戻連絡書・再審査結果通知書で通知のあった下記被保険者に係る減額につき再審査を申請いたします。

療養を受けた人の氏名	保険者番号	
	被保険者証の記号・番号	
施術月　：　　年　　月分	申し出にかかる減額内容	
請求金額(10割)　　円		
減　　額　　円		

再審査理由

*再審査にかけるため、保険者より申請書を借用しますので、記載もれのないようお願いします。
（申請書 ㊢ の添付は必要ありません。）