

柔・鍼

返戻依頼書

※1

保険者名

平成 年 月 日

御中

保険者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

登録記号番号	契	-	0	-	0
施術所名称					
電話番号	-	-			

受診者氏名				
被保険者証 記号・番号				
被保険者氏名				
本人家族の別	本人・家族	3歳未満	70歳以上(1割)	70歳以上(3割)
施術年月	平成	年	月	施術分
合計金額	円	請求金額	円	
市町村番号又は 公費負担者番号	受給者番号			
請求年月	平成	年	月	送付分
申出理由				

株式会社日本柔整鍼灸革新会

TEL06-6776-7500/FAX06-6776-7501

申出者 : _____

留意事項

○申出書単位、施術年月単位で作成してください。

○申出が遅くなると保険者からの抽出が困難となりますので、早期に提出して下さい。

(革012)