

令和 年 月 日

山口県国民健康保険等柔道整復療養費審査委員会 様

(施術所コード) _____
住 所
施 術 所 名
柔道整復師名 印

柔道整復療養費再審査要求の申出について

下記のとおり再審査の申出をします。

施 術 月	年 月	保険者名	
保険者番号		記号・番号	
被保険者名 (受療者名)			本人 ・ 家族
請 求 金 額		減 金 額	
減 額 負 傷 名			
申 出 理 由			
連合会記入欄	処理結果	原審 ・ 復元 ・ その他	処理年月日
			令和 年 月 日

様式柔第7

留意事項

※この様式は「柔整申請書」1件につき1枚で提出してください。

※再審査要求はできるだけ早期に申出をされるようご協力おねがいます。