

山形県後期高齢者医療療養費支給申請書返戻依頼申出書

_____年 _____月 _____日

医療機関等名称 (連絡先)	返戻先
所属団体名称 (連絡先) <small>※ 団体に所属していない場合は空欄</small>	返戻先
担当者名	

※ 医療機関・所属団体のうち、お返す先の「返戻先」に○印を付けてください。

下記の療養費支給申請書について、返戻願います。

()件目 / ()件中		()件目 / ()件中	
フリガナ		フリガナ	
被保険者氏名		被保険者氏名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	生年月日	明・大・昭 年 月 日
保険者番号		保険者番号	
被保険者番号		被保険者番号	
公費負担者番号1		公費負担者番号1	
公費負担者番号2		公費負担者番号2	
施術年月	年 月 施術分	施術年月	年 月 施術分
療養費区分	柔 整 あんま・マッサージ はり・きゅう	療養費区分	柔 整 あんま・マッサージ はり・きゅう
請求金額	円	請求金額	円
返戻理由	具体的に記入してください 修正項目、○円⇒△円など	返戻理由	具体的に記入してください 修正項目、○円⇒△円など

※審査結果に係る返戻依頼は取り扱いできませんのでご注意ください。

山形県後期高齢者医療広域連合
〒991-0041 寒河江市大字寒河江字久保6番地(山形県国保会館内)
FAX (0237)85-8530