**療養費支給申請取消し・返戻依頼書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

東京都後期高齢者医療広域連合

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

保険部　給付管理課　給付係　行

施術所名

所在地

施術者名

電話番号

下記理由により、療養費支給申請を取消し・返戻願います。　　《該当箇所を記入》

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 施術種類 | １　柔道整復  ２　鍼・灸  ３　マッサージ | | | | | | | １　施術団体名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　個人 | | | | | | | |
| ２ | 施術年月 | | | 請求年月 | | | | 申請書種類 | | | | | | ３　　後　期　(３９) | | |
| 年　　月 | | | 年　　月 | | | |
| ３ | 保険者番号 | | 後期 | | ３ | ９ |  |  | |  |  |  |  | | 【後 　　期】  記号・番号 |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | |
| 患者氏名 | | | |  | | | | | | | | | | １　明治　　２　大正  　３　昭和　　４　平成　　　　年　　　月　　　日 | |  |  |  |  |  |
| ４ | 請求金額 | | | |  | | | | | | | | | | 円　※提出した申請書に記載した請求額（＝合計10割 － 一部負担金） | |
| ５ | 【依頼理由】 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ６ | 申請書原本の返却を　　□希望する　　□希望しない（写しで良い）  ※「希望しない」場合、返金確認後、申請書の写し及び添付書類（同意書等）の原本を送付します。  ※返金後再申請する場合の申請書は、新規作成するか原本を修正してください。写しの修正で提出はできません。 | | | | | | | | | | | | | | | |

【留意事項】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　◇申請書単位、施術年月単位で作成してください。

◇支払いが確定した申請は送付する納付書で返金ください。

送付先

〒102-0072

　東京都千代田区飯田橋3-5-1

　　　　　　　東京区政会館16階

　　東京都後期高齢者医療広域連合

　　保険部　給付管理課　給付係

　　　　　　電話03（3222）4514

審査中の申請は返戻します。