

再審査等請求書

平成____年____月____日

鹿児島県国民健康保険団体連合会 様

施 術 機 関 の
所在地及び名称
開 設 者 氏 名
電 話 番 号

下記理由により療養費支給申請書を **再審査** **取下げ** 願います。

※いずれかに○をしてください。

1	施術機関 登録番号					施術機関名				
2	フリガナ					1 国保 2 退職 3 老人 4 後期高齢者	再審査等 対象種別	1 一次審査		
	患者氏名							2 再審査		
3	保険者番号						記号・番号 被保険者番号			
4	施術年月	請求金額	減 額	決 定 金 額	減 額 内 容					
	年 月	円	円	円						
	施術年月	請求金額	減 額	決 定 金 額	減 額 内 容					
	年 月	円	円	円						
	施術年月	請求金額	減 額	決 定 金 額	減 額 内 容					
	年 月	円	円	円						
請求理由										
備考										