

# 再審査申請書（柔整）

令和 年 月 日

佐賀県国民健康保険団体連合会柔道整復施術療養費審査委員会会長 様

施術所の所在地  
及び名称  
柔道整復師氏名  
電話番号

受領委任の取扱規程第7章の規定に基づき、関係書類を添付して再度の考案を求めます。

登録記号番号		療養を受けた者の氏名	
施術年月	平成 年 月 令和	生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日 5 令和
保険者番号 ※右づめで記入		合計金額	円
記号・番号 被保険者番号		所属団体 ※団体加入の場合のみ記入	
再 審 査 申 立 理 由			

審 査 委 員 会 決 定			
再 審 査 結 果	1 原審	2 復活	3 返戻
連 合 会 使 用 欄			

■太枠内のみ記入してください。