再審査申出書

令和 年 月 日

福井県国民健康保険施術療養費審査会　　御中

施術所コード

施術所の所在地

及び名称

（電　　　話）

開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記について再審査の申し出をします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | | 保険種別 | 国保 ・ 後期 |
| 保険者番号 |  | 記号・番号 |  | |
| 施術年月 | 年　　　月分 | 請求金額 |  | |
| 請求年月 | 年　　　月 | 減点金額 |  | |
| 申出理由 | | | | |