

療養費返戻（取下げ）依頼書

※申請書単位、施術年月単位で作成してください。

機関コード																							
郵便番号									電話番号														
住所																							
施術所名									施術管理者名														
提出月	年					月					施術月	年					月						
被保険者番号	0										被保険者氏名												
給付割合	1割 / 2割 / 3割										施術区分	あんま・マッサージ / はり・きゅう											
合計金額											円	請求金額											円
理由																							

上記のとおり、療養費支給申請書を返戻（取下げ）願います。

令和 年 月 日

住所

施術所名
(団体名)

電話番号

●提出先
 〒600-8411
 京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町620
 COCON烏丸5階
 京都府後期高齢者医療広域連合 業務課
 TEL : 075-344-1219
 FAX : 075-344-1251