

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	2	6	9	9	9	9	9	9	9		
郵便番号	600-8411					電話番号	075-354-1219				
住所	京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町620 COCON烏丸5階										
施術所名	後期治療院				施術管理者名	後期 太郎					
提出月	令和 5年 1月 2日				施術月	令和 5年 1月 1日					
被保険者番号	0	9	9	9	9	9	9	9	被保険者氏名	京都 花子	
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	10,000				円	請求金額	9,000				円
理由	負担割合相違のため。										

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 6 年 1 月 1 日	
住所	京都市中京区烏丸通四条上る笋町691
施術所名 (団体名)	株式会社とりまとめ
電話番号	075-123-4567

●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