

平成 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日

〒 [ ]

No. [ ] 号

[ ]  
[ ]

[ ]

様

[ ]

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。  
さて、今回ご請求いただきました療養費支給申請書の受診内容を確認させていただきましたところ、内容に相違があると認められましたので、返戻いたします。  
つきましては、内容の確認をお願いいたします。

施術年月	[ ] 年 [ ] 月	受診者名	[ ]
確認内容欄	返戻理由		
	患者照会の結果、1部位目の施術に関し回答が得られませんでしたので返戻いたします。		

なお、再請求される場合は、以下の内容①～④に注意して再請求をお願いいたします。

- ① 本返戻付箋は必ず添付してください。
- ② 返戻理由と相違点が生じた場合は、その理由を申請書もしくは別紙にて回答ください。
- ③ ②の場合受診者本人もしくは被保険者に再度自筆にて署名（サイン）をいただき、再請求してください。
- ④ ②及び③が不可能な場合は、施術録（写）もしくは初検時の問診表（写）等、施術内容が確認できる資料を添付していただいても結構です。

この返戻通知の発送・問合せにつきましては、下記委託先が業務を代行しております。

TEL [ ]

営業時間 [ ]