

柔道整復施術療養費申請書取り下げ依頼

平成 年 月 日

神奈川県国民健康保険団体連合会 行

施術所機関番号 _____

施術所所在地 _____

施術所名 _____

施術師氏名 _____

電話番号 _____

(担当者名) _____

下記のとおり療養費支給申請書の取り下げを依頼します。

施術月	平成 年 月 施術分	連合会提出日	平成 年 月 日
保険者番号		被保険者証の 記号番号	
療養を受けた 者の氏名		区分 1	・国民健康保険 ・後期高齢者医療
給付割合	10・9・8・7割	区分 2	本人・家族
合計金額	円	その他 (特記事項)	
公費負担者番号		市町村番号	
公費受給者番号		受給者番号	
取り下げの理由(該当の番号を○で囲んでください。)			
1. 誤請求のため 2. 保険変更のため 3. その他()			

送付先 FAX 番号 045-329-3434