鍼灸・マッサージ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	鍼灸・ﾏｯｻｰｼﾞ
給付割合	10・9・8・7割	区分 2	・国民健康保険 ・後期高齢者医療
合計金額	円	区分 3	本人・家族
公費負担者番号 公費受給者番号		市町村番号 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