

# 鍼灸・マッサージ施術療養費支給申請書取り下げ依頼書の記載要領

- ① 取り下げ依頼書の提出年日月を記入して下さい。
- ② 神奈川県国保連合会に請求する時に使用する施術機関コードを記入して下さい。
- ③ 施術所所在地を記入して下さい。
- ④ 施術所の名称を記入して下さい。
- ⑤ 施術師の氏名を記入して下さい。
- ⑥ 施術所(連絡先)の電話番号を記入して下さい。
- ⑦ 担当者の氏名を記入して下さい。
- ⑧ 施術月を記入して下さい。
- ⑨ 神奈川県国保連合会への提出年月日(請求年月日)を記入して下さい。
- ⑩ 保険者番号を記入して下さい。
- ⑪ 被保険者証の記号番号を記入して下さい。
- ⑫ 療養を受けた者の氏名を記入して下さい。
- ⑬ 該当する療養費の種類を○で囲んで下さい。
- ⑭ 給付割合を記入して下さい。
- ⑮ 該当する保険の種類を○で囲んで下さい。
- ⑯ 合計金額を記入して下さい。
- ⑰ 退職者及び社保の場合は本人または家族を○で囲んで下さい。
- ⑱ 公費負担者番号及び公費受給者番号を記入して下さい。
- ⑲ 該当する取り下げ理由の番号を○で囲んで下さい。
- ⑳ 該当する取り下げ理由が3. その他の場合は具体的に理由を記入して下さい。

鍼灸・マッサージ施術療養費支給申請書取り下げ依頼書に必要な事項を記入し、郵送または本会に直接ご提出願います。(電話による取り下げ依頼は受付できません) 依頼書の用紙は本会ホームページにも掲載していますのでダウンロード(PDF版とEXCEL版を用意しています)してご利用ください。

# 鍼灸・マッサージ施術療養費支給申請書取り下げ依頼書

① 平成 年 月 日

神奈川県国民健康保険団体連合会  
審査第四課療養費係 行

施術機関コード:	②
施術所所在地:	③
施術所名:	④
施術師氏名:	⑤
電話番号:	⑥
(担当者):	⑦

下記のとおり鍼灸・マッサージ施術療養費支給申請書の取り下げを依頼します。

施術月	平成	⑧	年	月	施術分	連合会提出日	平成	⑨	年	月	日
保険者番号	⑩					被保険者証の記号番号	⑪				
療養を受けた者の氏名	⑫					区分 1	⑬ 鍼灸・マッサージ				
給付割合	⑭	7	・	8	・	9	割	区分 2	⑮ 国保・後期高齢・社保		
合計金額	⑯					円	区分 3	⑰ 本人・家族			
公費負担者番号											
公費受給者番号			⑱								

取り下げ理由  
3.その他を選択した場合は、具体的な理由を記入してください。

⑲ 1. 誤請求のため 2. 保険変更のため 3. その他	(3.その他の場合の具体的な理由) ⑳
-------------------------------------	------------------------

送付先 \* 下記へ郵送にてご提出願います。  
\* 当月請求分を取り下げる場合は請求月の月末までにご提出願います。

〒220-0003 横浜市西区楠町 27番地1

神奈川県国民健康保険団体連合会 審査第四課療養費係

電話:045-329-3433