

# 柔道整復施術療養費支給申請書取り下げ依頼書

令和 年 月 日

神奈川県国民健康保険団体連合会  
療養費課柔整係行

施術機関コード：

施術所所在地：

施術所名：

施術師氏名：

電話番号：

(担当者)：

下記のとおり柔道整復施術療養費支給申請書の取り下げを依頼します。

施術月	令和	年	月	日	月施術分	連合会提出日	令和	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	国保・後期高齢・社保			
給付割合	7・8・9 割					区分 2	本人・家族			
合計金額						円				
公費負担者番号										
公費受給者番号										

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。

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)

--

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 療養費課柔整係

電話:045-329-3430