

平成 年 月 日

柔道整復療養費支給申請書取下げ依頼書

福島県国民健康保険団体連合会

施術所名及び
所在地

柔道整復師氏名

㊟

電話番号

下記の理由により支給申請書を取下げ願います。

1	登録記号番号		明細書区分	一般・退職・後期高齢者	
2	保険者番号		被保険者証 記号・番号		
3	施術年月	年 月	請求年月	年 月	
4	フリガナ		生年月日		性別
5	療養を受けた 者の氏名		1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日	1. 男 2. 女
6	合計金額	円	請求金額	円	
7	取下げ理由				

注) 取下げの対象となる申請書1件毎に1枚で作成願います。