

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<br>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<br>者の氏名 |     | 1.明治 2.大正<br>3.昭和 4.平成 | 年 月 日       | 1. 男<br>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。