

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
	療養を受けた者の氏名		1. 明治 4. 平成 2. 大正 5. 令和 3. 昭和	年 月 日 1. 男 2. 女
5	合計金額	円	請求金額	円
6	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。