

令和 年 月 日

はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧
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 宛

施 術 所 名 及 び

所 在 地

施 術 管 理 者

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	種別 ※該当区分を ○で囲んでください。	はり・きゅう	あん摩マッサージ指圧		
2	登録記号番号		区 分	国保 ・ 後期高齢者	
3	保険者番号		被保険者証 記号・番号		
4	施 術 年 月	令和 年 月	請 求 年 月	令和 年 月	
5	フリガナ		生 年 月 日		性別
	療養を受けた 者の氏名		1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 5.令和		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支給申請書1件毎に1枚で作成願います。					

施術所より発送する実際の日付を記載。

令和 年 月 日

はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧 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 宛

施術所名、所在地、施
術管理者、電話番号を
記載。

施 術 所 名 及 び
所 在 地

施 術 管 理 者

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。

取り下げする支給申請
書の情報を記載。

1	種別 ※該当区分を ○で囲んでください。	はり・きゅう	あん摩マッサージ指圧		
2	登録記号番号		区 分	国保 ・ 後期高齢者	
3	保険者番号		被保険者証 記号・番号		
4	施 術 年 月	令和 年 月	請 求 年 月	令和 年 月	
5	フリガナ		生 年 月 日		性別
	療養を受けた 者の氏名		1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 5.令和		1. 男 2. 女
6	合 計 金 額	円	請 求 金 額	円	
7	取下げ理由 取り下げが必要 な理由を記載。				
注) 取下げの対象となる支給申請書1件毎に1枚で作成願います。					