

年 月 日

静岡県国民健康保険団体連合会理事長 様

登録記号番号

柔道整復施術所所在地
施 術 所 名
柔道整復師の氏名

印

国保療養費支給申請書の取消依頼書

(国 保 ・ 後期高齢者 ・ こども)

このことについて、下記のとおり取消し願いたく依頼します。

保険者名 / 保険者番号	()	
被保険者証の記号番号		
療養を受けた人の氏名		退職本人・退職被扶養者
後期高齢者保険者番号		
後期高齢者被保険者番号		
請求月 (提出月)	年	月
施 術 月	年	月
施術に要した費用額		
取消しの理由		