

(こども医療費を取消する場合)

様式第17号

提出年月日を記載

平成 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  
及び柔道整復師の氏名

押印してください

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。

市町村名と  
公費負担者番号(83-)を  
記載してください。

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)	平成 年 月
施術月	平成 年 月
施術に要した費用額	
取消しの理由	

申請書を本会に提出した月を記載してください。

請求した費用額を正しく記載してください。

母子家庭等医療・重度障害者(児)については取消依頼書でなく、過誤の提出となります。