

(療養費支給申請書を取消する場合)

提出年月日を和暦で
記載してください。

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

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	申請書を本会に提出した月を 和暦で記載してください。
施 術 月	年 月	
施術に要した費用額	請求した費用額を 正しく記載してください。	
取消しの理由	和暦で記載してください。	