

(こども医療費を取消する場合)

提出年月日を和
暦で記載してくだ

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

国保療養費支給申請書の取消依頼書

(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。

市町村名と
公費負担者番号(83
-)を
記載してください。

市町村名 / 公費負担者番号	()
受 給 者 番 号	申請書を本会に提出した月を 和暦で記載してください。
療 養 を 受 け た 人 の 氏 名	
請 求 月 (提 出 月)	年 月
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
取 消 し の 理 由	和暦で記載してください。

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。