

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

**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。

保険者名 / 保険者番号	/
記 号 番 号	
療養を受けた者の氏名	
請 求 月	年 月
施 術 月	年 月
施術に要した費用額(合計)	
取 消 し の 理 由	