

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
(こども医療費)

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 / 公費負担者番号	/
受 給 者 番 号	
受 給 者 氏 名	
請 求 月	年 月
施 術 月	年 月
施 術 料 の 総 額	
取 消 し の 理 由	