

(療養費支給申請書を取り消す場合)

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

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                   | 申請書を本会に提出した月を<br>和暦で記載してください。 |
| 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               | 申請書の合計金額を<br>記載してください。        |