

(こども医療費を取り消す場合)

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

(こども医療費)

市町村名と  
公費負担者番号(83\*\*\*\*\*)を  
記載してください。

このことについて、下記のとおり取消し願いたく依

|                |                                    |
|----------------|------------------------------------|
| 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<br>和暦で記載してください。      |
| 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    | 請求したこども医療費請求書の<br>施術料の総額を記載してください。 |

ひとり親家庭医療・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。