

柔道整復施術療養費 取り下げ依頼書

令和 年 月 日

群馬県国民健康保険団体連合会 行

施術機関コード 国契
施術所名
所在地
代表者氏名
電話番号
(担当者名)

下記のとおり療養費支給申請書の取り下げを依頼します。

施術月	令和 年 月分	連合会提出日	令和 年 月 日
保険者番号		被保険者証の 記号番号	
療養を受けた 者の氏名		区分 ・ 本人 ・ 六歳 ・ 家族	・ 高一 ・ 高七
生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日 令和	給付割合	9 ・ 8 ・ 7 割
合計金額	円		
取り下げ理由 1. 誤請求のため 2. 保険変更のため 3. その他 ()			

連合会使用欄		
担当	日付	確認