柔道整復施術療養費支給申請書取下げ依頼書

国保•社保福祉

日

依頼日: 平

平成

年 月

秋田県国民健康保険団体連合会 行き

施術機関コード	-施 術 所 名 称
登 録 記 号 番 号	
連絡先 (電話番号)	担 当 者 氏 名

次の柔道整復施術療養費支給申請書について、取下げを依頼します。

	保 険 者 番 号			記	号 •	番	号				
	被保険者氏名			生	年	月	田	S•H	年	月	日
1	施 術 年 月	平成	年 月	請	求 年	月	(*1)	平成		年	月
1	金 額 (*2)		円	公	費	併	用		有	/ 無	
	公費負担者番号			公	費受給	者看	番 号				
	取下げ理由			•					•		

	保険	者 番	: 号						記	号		君	子 号						
	被保険	者戶	6名					·	生		年	月	日	S • H	左	丰	F]	目
2	施術	年	月	-	平成	,	年	月	請	求	年	月	(*1)	平	戎		年		月
4	金 額	į	(*2)					円	公		費	併	用		有	/	/	無	
	公費負担	担者	番号						公	費	受 絹	者	番号						
	取下	げ 理	! 由																·

	保 険	者 番	: 号					記	5	コ <u>.</u>	•	番	号						
	被保险	食者 日	氏 名					生		年		月	日	S • H	2	年	J]	目
2	施術	年	月	平成	,	年	月	請	才	文 左	Ę.	月	(*1)	平	成		年		月
3	金	頂	(*2)				円	公		費		併	用		有	/	/	無	
	公費負	担者	番号					公	費	受	給	者:	番号						
	取 下	げ理	!由																

	保険者番号			記	号 •	番	号				
	被保険者氏名			生	年	月	日	S • H	年	月	日
1	施術年月	平成年	月	請	求 年	月	(*1)	平成		年	月
$\begin{vmatrix} 4 \end{vmatrix}$	金 額 (*2)		円	公	費	併	用		有	/ 無	
	公費負担者番号			公	費受給	者	番号				
	取下げ理由								•		

	保険者番号				記	号	• 	号 号					
	被保険者氏名				生	年	月	日	S • H	年	月]	日
_	施 術 年 月	平成	年	月	請	求年	- 月	(*1)	平成	÷ ,	年		月
5	金 額 (*2)			円	公	費	併	用		有	/	無	
	公費負担者番号				公	費受	給者	番号					
	取下げ理由											•	·

- *1:支給申請書を国保連合会へ提出した年月を記入してください。
- *2:請求金額と一部負担金を合計した金額を記載してください。

必要項目をもれなく記入のうえ、以下の宛先に提出願います。(FAX不可)

〒010-0951

送 付 先

秋田市山王四丁目2番3号 秋田県市町村会館内(4F) 秋田県国民健康保険団体連合会 情報管理課宛て

TEL (018) 862-3856

連合会使用欄