

柔道整復施術療養費支給申請書取下げ依頼書

後期

依頼日： 平成 年 月 日

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		担当者氏名	
連絡先(電話番号)			

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。

1	保険者番号		被保険者証番号	
	被保険者氏名		生年月日	M・T S 年 月 日
	施術年月	平成 年 月	請求年月(*1)	平成 年 月
	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			

2	保険者番号		被保険者証番号	
	被保険者氏名		生年月日	M・T S 年 月 日
	施術年月	平成 年 月	請求年月(*1)	平成 年 月
	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			

3	保険者番号		被保険者証番号	
	被保険者氏名		生年月日	M・T S 年 月 日
	施術年月	平成 年 月	請求年月(*1)	平成 年 月
	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			

4	保険者番号		被保険者証番号	
	被保険者氏名		生年月日	M・T S 年 月 日
	施術年月	平成 年 月	請求年月(*1)	平成 年 月
	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			

5	保険者番号		被保険者証番号	
	被保険者氏名		生年月日	M・T S 年 月 日
	施術年月	平成 年 月	請求年月(*1)	平成 年 月
	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)

送付先	〒010-0951 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 TEL (018)862-3856
-----	---

連合会 使用欄	
------------	--