

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