

取 下 げ 依 頼 書

令和 年 月 日

香川県国民健康保険団体連合会 御中
(FAX : 087-822-7580)

保険医療機関等の
所在地及び名称

柔 道 整 復 師 名

電 話 番 号

下記理由により、柔道整復施術療養費支給申請書の 取下げ を願います。

1	【協】 施術機関等コード 【契】 登録記号番号											
2	施術 年月	年 月	請求 年月	年 月	保険 種別	4. 国保 5. 退職 6. 後期	本家 区分	2. 本人 4. 六歳 6. 家族	8. 高一 0. 高7	給付 割合	10 9 8 7	
3	保険者番号				記号・番号							
4	フリガナ 患者氏名				生年 月日	1 明治 3 昭和 2 大正 4 平成 5 令和	年 月 日					
5	合計金額		円		一部負担金		円		請求金額		円	
取下げ事由												