

取 下 げ 依 頼 書

令和 年 月 日 作成

青森県国民健康保険団体連合会 行

施術所名称	
所在地	
施術管理者 氏 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

を取下げ 願います。

 はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師施術療養費支給申請書

1	登録記号番号											
2	所属団体名	※所属しない場合は空欄										
3	施 術 年 月	<input type="checkbox"/> 4 平成	年	月	請 求 年 月	<input type="checkbox"/> 4 平成	年	月	保 險 種 別	<input type="checkbox"/> 1 国保 (00)		
		<input type="checkbox"/> 5 令和				<input type="checkbox"/> 5 令和				<input type="checkbox"/> 2 退職 (67)		
										<input type="checkbox"/> 3 後期 (39)		
4	保険者番号									記号・番号		
5	フリガナ					生年月日	<input type="checkbox"/> 1 明治	<input type="checkbox"/> 4 平成	年	月	日	
	患者氏名						<input type="checkbox"/> 2 大正	<input type="checkbox"/> 5 令和				
							<input type="checkbox"/> 3 昭和					
6	請求金額	円 ※合計金額 (総額) を記載										
7	取下げ理由											