

令和 年 月 日

柔道整復施術療養費支給申請書の取下申出について

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

柔整施術所コード	柔整施術所の所在地及び名称	開設者氏名	電話番号	担当者名

下記、柔道整復施術療養費支給申請書を取下げくださるようお願いします。
(国保 ・ 後期) 県内保険者分明細書

診療年 年 月	請求年 年 月	保険者番号	被保険者証 記号・番号	ふりがな 患者氏名	生年月日	請求金額	取下理由
年 月	年 月		記号		大・昭・平・令 年 月 日		
			番号				
年 月	年 月		記号		大・昭・平・令 年 月 日		
			番号				
年 月	年 月		記号		大・昭・平・令 年 月 日		
			番号				
年 月	年 月		記号		大・昭・平・令 年 月 日		
			番号				
年 月	年 月		記号		大・昭・平・令 年 月 日		
			番号				

宮城県内の保険者及び広域連合に係る取下申出は**提出月の25日(12月は20日)まで必着**で本会に提出願います。

なお、**当月提出分以外のもの**や**締切を過ぎたもの**は各保険者又は広域連合へ直接依頼願います。

※「国保と後期」は、該当する方を○で囲み**それぞれ別の紙に記入**して提出願います。

※取下理由は必ず記入願います。