

柔道整復療養費

取り下げ依頼書

令和 年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会 行

宮城県国保連コード (本会で付番した施術所コード:数字5ヶタ)	0 4 5						
施術所名称及び住所等	名称						
	住所						
	(電話番号 — —)						
施術管理者氏名 (柔道整復師)							
担当者名							
保険種別	4 国保			6 後期			
保険者番号			被保険者 記号・番号				
施術年月	令和 年 月	請求年月			令和 年 月		
療養を受けた者の 氏名			生年 月 日	2 大正	3 昭和	年 月 日	
				4 平成	5 令和		
合計金額	円		請求金額			円	
取下げ理由							

【留意事項】

1. 取り下げ対象となる支給申請書単位で作成してください。
2. 該当箇所をすべて記入してください。(請求時の申請内容)
3. 提出月の25日(12月は20日)必着です。
4. 上記3を過ぎたものは、各保険者又は、宮城県後期高齢者広域連合へ直接依頼してください。

【送付先及び担当課】

〒980-0011

宮城県仙台市青葉区上杉1丁目2-3 (宮城県自治会館5階)

宮城県国民健康保険団体連合会 審査業務課

電話(課直通):022-222-7075