

**柔道整復施術療養費支給申請書  
取下げ依頼書**

平成 年 月 日

<b>①登録記号番号</b>		1.協 2.契	
<b>② 施 術 所</b>	<b>所在地</b>	〒	
	<b>名 称</b>		
	<b>柔道 整復師</b>		
	<b>電話番号</b>		
<b>③ 施術月</b>	平成 年 月	<b>④ 保険者番号</b>	
<b>⑤ 性 別</b>	1. 男 2. 女	<b>⑥ 記号・番号</b>	
<b>⑦ ふりがな 氏 名</b>		<b>⑧ 生年月日</b>	1. 明 2. 大 3. 昭 4. 平 年 月 日
		<b>⑨ 保険種別</b>	1. 国保 2. 退職 3. 後期高齢者
<b>⑩ 合計</b>		円 <b>⑪ 請求金額</b>	円
<b>⑫取下げ理由</b>			

〒890-0064

鹿児島市鴨池新町7-4

鹿児島県国民健康保険団体連合会

審査管理課療養費係

電話099-206-1086