**療 養 費 取 下 げ 依 頼 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

静岡県後期高齢者医療広域連合

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

医療給付室　療養費担当　　行

施術所名

所在地

施術者名

電話番号

下記理由により、療養費支給申請書を取下げ願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 施術種類 | １　柔道整復  ２　鍼・灸  ３　マッサージ | | | | | | | １　施術団体名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　個人 | | | | | | | |
| ２ | 施術年月 | | | 請求年月 | | | | 申請書種類 | | | | | | ３　　後　期　(３９) | | |
| 年　　月 | | | 年　　月 | | | |
| ３ | 保険者番号 | | 後期 | | ３ | ９ |  |  | |  |  |  |  | | 【後 　　期】  記号・番号 |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | |
| 患者氏名 | | | |  | | | | | | | | | | １　明治　　２　大正  　３　昭和　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | |  |  |  |  |  |
| ４ | 請求金額 | | | |  | | | | | | | | | | 円 | |
| ５ | 【取下げ理由】 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |

留意事項　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　◇申請書単位、施術年月単位で作成してください。

◇該当箇所を記入してください。

送付先

〒420-0851

　静岡県静岡市葵区黒金町59番地の7

　　　　　ニッセイ静岡駅前ビル3階

　　静岡県後期高齢者医療広域連合

　　医療給付室　療養費担当

　　　　　　電話054（270）5530