

愛知県国民健康保険団体連合会 御中

施術機関の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

印

療養費支給申請書取消し(返戻)依頼書

下記理由により、療養費支給申請書を取消し(返戻)願います。

国保連合会用

1	点数表 区分	5 柔整 7 鍼灸・マ	施術機関コード							
2	申請書 区分	1 国保	3 後期	4 退職	2 本外	4 六外	6 家外	8 高外一	0 高外7	
3	保険者番号					記号・番号				
4	フリガナ				性別	1 男 2 女				
	氏名				生年月日	1明 3昭	2大 4平	.	.	生
5	施術年月 請求年月 当初請求金額 (合計金額)	年 月 施術分 (年 月 請求)			年 月 施術分 (年 月 請求)					
		円			円					
		年 月 施術分 (年 月 請求)			年 月 施術分 (年 月 請求)					
			円			円				

*取消し(返戻)を複数月ご依頼の際、各施術月の請求金額の記入をお願いします。

6	理由
	1. 労災へ変更のため
	2. 保険(社保)変更のため
	3. その他(理由簡記)