

# 療養費支給申請書取り下げ依頼書

令和 年 月 日

ジャパン柔道整復師会 宛

【FAX 022-212-6338】

**注：申請書がお手元に届くまでは再請求をされないようお願いいたします。**

施術 年月	年 月	請求 年月	年 月	1 国保 2 後期 3 社保	4 組合 5 共済 6 公費
保険者番号				記号・番号	
公費負担者番号		※		受給者番号	※
医療助成該当の場合「※」へ番号記入				医療助成も取下げる	はい・いいえ
フリガナ				生 年 月 日	
受診者名 (No.)				1明治 2大正 3昭和 4平成	年 月 日
合計金額				請求金額	
取下げ理由（該当番号に○印をつけてください。）					
1 保険証情報誤りの為：保険者番号・記号番号・生年月日・性別・住所・氏名(漢字)など					
2 傷病名等の記載不備の為					
3 保険証変更の為：国保 → _____ 社保 → _____ 共済 → _____ 組合 → _____					
4 負担割合誤りの為					
5 保険請求非該当：労災保険該当・自賠責保険該当・生活保護該当・自費診療該当					
6 その他：理由					
備考					

所属会・番号

J・F・S

施術所名

院長氏名