

柔道整復施術療養費支給申請書取り下げ依頼書の記載要領

- ① 取り下げ依頼書の提出年月日を記入してください。
- ② 神奈川県国保連合会に請求する時に使用する施術機関コードを記入してください。
- ③ 施術所の所在地を記入してください。
- ④ 施術所の名称を記入してください。
- ⑤ 施術所の氏名を記入してください。
- ⑥ 施術所(連絡先)の電話番号を記入してください。
- ⑦ 担当者の氏名を記入してください。
- ⑧ 施術月を記入してください。
- ⑨ 神奈川県国保連合会への提出月日(請求月日)を記入してください。
- ⑩ 保険者番号を記入してください。
- ⑪ 被保険者証の記号番号を記入してください。
- ⑫ 療養を受けた者の氏名を記入してください。
- ⑬ 該当する保険の種類を○で囲んでください。
- ⑭ 給付割合を記入してください。
- ⑮ 退職者及び社保の場合は本人または家族○で囲んでください。
- ⑯ 合計金額を記入してください。
- ⑰ 公費負担者番号を記入してください。
- ⑱ 公費受給者番号を記入してください。
- ⑲ 該当する取り下げ理由の番号を○で囲んでください。
- ⑳ 該当する取り下げ理由は具体的に理由を記入してください。

柔道整復施術療養費支給申請書取り下げ依頼書

令和 年 月 日

神奈川県国民健康保険団体連合会  
審査第四課柔整係 行

施術機関コード： ② \_\_\_\_\_

施術所所在地： ③ \_\_\_\_\_

施術所名： ④ \_\_\_\_\_

施術師氏名： ⑤ \_\_\_\_\_

電話番号： ⑥ \_\_\_\_\_

(担当者)： ⑦ \_\_\_\_\_

下記のとおり柔道整復施術療養費支給申請書の取り下げを依頼します。

施術月	令和	令和	令和	令和	令和	令和	令和	令和	令和	令和	令和	令和
保険者番号	⑩											⑪
療養を受けた者の氏名												⑫
給付割合	⑭	7	・	8	・	9						⑮
合計金額												⑯
公費負担者番号	⑰											
公費受給者番号	⑱											
取り下げ理由												
3.その他を選択した場合は、具体的な理由を記入してください。												

取り下げ理由  
3.その他を選択した場合は、具体的な理由を記入してください。

誤請求のため (3.その他の場合の具体的な理由)

⑲ 保険変更のため

⑳ \_\_\_\_\_

3. その他

送付先 \* 下記へ郵送にてご提出願います。  
\* 当月請求分を取り下げられる場合は請求月の月末までにご提出願います。

〒220-0003 横浜市西区補町 27番地1  
神奈川県国民健康保険団体連合会 審査第四課柔整係  
電話：045-329-3430