　　年　 　　月　 　　日

福岡県国民健康保険団体連合会　御中

|  |  |
| --- | --- |
| 登録記号番号 |  |
| 施術所名 |  |
| 施術師氏名 |  |
| 電話番号 |  |

**はり・きゅう、あんま・マッサージ施術療養費支給申請書取下げ依頼について**

下記のはり・きゅう、あんま・マッサージ施術療養費支給申請書の取下げを依頼します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  | | | | | | | | | **＜取下げの理由＞**  次のうち、該当する理由の左にある数字を〇（マル）で囲んでください。   |  |  | | --- | --- | | １ | 記載事項不備のため | | ２ | 傷病名等記載不備のため | | ３ | 資格関係、請求手続きの誤りのため  （保険者番号・記号番号の誤りなど） | | ４ | 労災保険への請求先変更のため | | ５ | 自賠責保険への請求先変更のため | | ６ | 公費負担医療との併用に変更のため | | ７ | 公費実施機関からの再審査請求のため | | ８ | その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）のため | |
| 保険者名 |  | | | | | | | | |
| 被保険者証記号 |  | | | | | | | | |
| 被保険者証番号 |  | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 公費受給者番号 |  |  |  | |  |  |  |  | - |
| 区　　　分 | はり　 　　　　　　あんま  ・  　きゅう　　 　　 マッサージ | | | | | | | | |
| フ リ ガ ナ |  | | | | | | | | |
| 受療者氏名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日  （※元号に〇） | 明治 大正 昭和  平成 令和 | | | 年　　 月　　 日 | | | | | |
| 施術年月 | 令和 | | | 年　　　　月分 | | | | | |
| 申請書提出年月  （審査年月） | 令和 | | | 年　　 　月分 | | | | | |
| 給付割合 | ７　割　・　８　割　・　９　割 | | | | | | | | |
| 本人・家族  区分 | 次のうち該当する区分の左にある  数字を〇（マル）で囲んでください。  02本外 ・ 04六外　・　06家外  08高外一 ・ 00高外７ | | | | | | | | | [ 連合会処理欄 ] |
| 合計金額 |  | | | | | | | 円 | |

■ 福岡県国民健康保険団体連合会に取下げ依頼書を提出してください。

〒812-8521　福岡県福岡市博多区吉塚本町13番47号

　　　　　　　　　　　　　　　 福岡県国民健康保険団体連合会　審査管理部　審査管理課　調剤療養費係