取 下 げ 依 頼 書（ 柔 整 ）

令和　　年　　月　　日

佐賀県国民健康保険団体連合会　御中

施術所の所在地
及　び　名　称
柔道整復師氏名
電　話　番　号

（担当者名：　　）

下記理由により、柔道整復施術療養費支給申請書の取下げを依頼します。

登録記号番号		療養を受けた者の氏名	
施術年月	平成 令和　　年　　月	生年月日	1 明治　2 大正 3 昭和　4 平成　　年　　月　　日 5 令和
保険者番号 ※右づめで記入		合計金額	円
記号・番号 被保険者番号		所属団体 ※団体加入の場合のみ記入	

取下げ理由

※該当の番号及び項目に〇を付してください。

1 他保険該当　［社保／生保／労災／その他（　　）］

2 被保険者資格等誤り

［保険者番号／記号・番号／被保険者番号／給付割合／その他（　　）］

3 その他（具体的に記載してください。）

（　　）

連合会使用欄	受付印

■太枠内のみ記入してください。

■ＦＡＸでの受付は行っておりません。

提出（送付）先：〒840-0824　佐賀市呉服元町7番28号　佐賀県国民健康保険団体連合会