

取り下げ ・ 返 戻 依 頼 書

令和 年 月 日

(宛先) 名古屋市長

医 療 機 関 名 等

所在地及び名称

開 設 者 氏 名

電 話 番 号

下記理由により、福祉給付金支払請求書 を取り下げ・返戻願います。

1	種 別	1 医療 2 歯科 3 調剤 4 訪問看護 5 柔道整復 6 はり・きゅう 7 あん摩・マッサージ指圧			
2	診療年月	請求年月	3	医療機関コード	2 3
	年 月	年 月			
4	医療証種別	福祉給付金	5	医療証番号 (受給者番号)	
6	フリガナ				生 年 月 日
	患 者 氏 名				1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日
7	合 計 金 額			請 求 金 額	
		(円)			(円)
8	取り下げ・返戻依頼の理由				

