

令和 年 月 日

久留米市長 様

実施機関番号							

指定医療機関の所在地及び名称
所在地

名 称

代表者名 _____ 印
連絡先 _____
担当者 _____

久留米市国民健康保険 特定健康診査 請求実績の取り下げ依頼について
特定保健指導

下記の被保険者分について、特定健康診査・特定保健指導 委託料の請求に係る提出情報の取り下げを依頼いたします。

記

被保険者証の記号・番号			—																
受診券・利用券番号																			
被保険者氏名											申立事由コード*								
実施年月	令和	年	月	請求月	令和	年	月	請求											
実施区分	特定健康診査 ・ 特定保健指導																		
申立事由																			
保険者連絡欄	受付印	・添付書類（有・無）										担当者	主査	課長					