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
特定保健指導　請求実績の取り下げ依頼について**

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								申立事由ｺｰﾄﾞ									
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			