

年 月 日

保留データ取消し依頼書

毎月10日締切

事業者番号	
事業者名	
電話番号	
FAX番号	

現在保留となっています請求の取り下げを依頼します。

保険者番号	被保険者番号	被保険者名	提供月	取消理由

以上 件の取消しを依頼します。

依頼者氏名 (担当者氏名)	
------------------	--