

事業所→保険者

介護給付費明細書請求(取り下げ)依頼書

佐 用 町 長 様

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|-----|--|
| 事業所番号 | | | | | | | | | | 電話 | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | | | | | | | 担当者 | |

下記の介護給付費明細書を返戻してください。

| | | |
|------|------------|------------|
| 取下方法 | 1. 通常過誤取下げ | 2. 同月過誤取下げ |
|------|------------|------------|

記

| | | | |
|----------|--------|---------|--|
| サービス提供年月 | | 利用者氏名 | |
| 保険者番号 | 285015 | 公費負担者番号 | |
| 被保険者番号 | | 受給者番号 | |
| 取り下げ依頼事由 | | | |

| | | | |
|----------|--------|---------|--|
| サービス提供年月 | | 利用者氏名 | |
| 保険者番号 | 285015 | 公費負担者番号 | |
| 被保険者番号 | | 受給者番号 | |
| 取り下げ依頼事由 | | | |

| | | | |
|----------|--------|---------|--|
| サービス提供年月 | | 利用者氏名 | |
| 保険者番号 | 285015 | 公費負担者番号 | |
| 被保険者番号 | | 受給者番号 | |
| 取り下げ依頼事由 | | | |

| | | | |
|----------|--------|---------|--|
| サービス提供年月 | | 利用者氏名 | |
| 保険者番号 | 285015 | 公費負担者番号 | |
| 被保険者番号 | | 受給者番号 | |
| 取り下げ依頼事由 | | | |

| | | | |
|----------|--------|---------|--|
| サービス提供年月 | | 利用者氏名 | |
| 保険者番号 | 285015 | 公費負担者番号 | |
| 被保険者番号 | | 受給者番号 | |
| 取り下げ依頼事由 | | | |