

年 月 日

中 間 市 長 様

事業者番号										
事業者名称										
代表者名										
連絡先										

〔 介護給付費請求書
介護給付費明細書 〕 の取消依頼について

	同月処理
	通常処理

※ 該当する方に○をつけてください

下記のとおり介護報酬の請求に係る提出書類の取消を依頼いたします。

記

保険者番号	4	0	2	1	5	6	
過誤対象者	別紙介護給付費請求書（明細書）のとおり						
申立事由コード							
行政指導の有無	有 ・ 無						
取消事由							

※ 取消依頼書を提出するに当たっては、誤請求分の介護給付費明細書の写しに、修正箇所を朱書きで記入したものを添付してください。

※ 本依頼はあくまでも請求を取消するためのものです。

取り下げのみの場合を除き、正しい内容で国保連合会へ再請求する必要がありますのでご注意ください。