

年 月 日

直方市長 様

事業所番号	
事業所名称	
代表者名	印
連絡先	
担当者名	

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

下記の被保険者分につき、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

証記載保険者番号		
被保険者番号		
被保険者氏名		
サービス 提供年月	年	月分
請求年月	年	月
明細書様式	様式 第	号
申立事由コード		
過誤種別	同月過誤	・ 通常過誤
取消事由		

※ 取消依頼書を提出するに当たっては、国保連合会に提出した介護給付費明細書(伝送・磁気での請求の場合は印刷したもの)の写しを添付のうえ過誤の箇所にマーキングして提出してください。