

介護給付費取消依頼書

年 月 日

玖珠町長 殿

事業所番号																				
事業所名称																				
代表者名																			印	
連絡先電話番号																				
担当者名																				

介護給付費請求等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	提供分
請求年月																			年	月	請求
申立事由コード																					
取消事由																					

※取消依頼書を提出するにあたっては、国保連合会に提出した介護給付費明細書（電送、磁気での請求の場合は印刷したもの）の写しを添付し、過誤の箇所にマーキングして提出して下さい。