介護給付費取消依頼書

年　　月　　日

九重町長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 |  |
| 代 表 者 名 | ㊞ |
| 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ください。