

事業所 → 保険者(小野市)

介護給付費明細書請求(取り下げ)依頼書

【通常過誤・同月過誤】 ※過誤の方法について、○をつけてください。

小野市高齢介護課介護保険係 行

令和 年 月 日

事業所番号											電話番号									
所在地																				
事業所名															担当者					

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

記

サービス提供年月	年 月		フリガナ 利用者氏名																		
保険者番号	282186		公費負担者番号																		
被保険者番号																					
取り下げ依頼事由															取り下げ依頼 事由コード						

サービス提供年月	年 月		フリガナ 利用者氏名																		
保険者番号	282186		公費負担者番号																		
被保険者番号																					
取り下げ依頼事由															取り下げ依頼 事由コード						

サービス提供年月	年 月		フリガナ 利用者氏名																		
保険者番号	282186		公費負担者番号																		
被保険者番号																					
取り下げ依頼事由															取り下げ依頼 事由コード						

サービス提供年月	年 月		フリガナ 利用者氏名																		
保険者番号	282186		公費負担者番号																		
被保険者番号																					
取り下げ依頼事由															取り下げ依頼 事由コード						

サービス提供年月	年 月		フリガナ 利用者氏名																		
保険者番号	282186		公費負担者番号																		
被保険者番号																					
取り下げ依頼事由															取り下げ依頼 事由コード						