

事業所→保険者

介護給付費明細書等取消（過誤）申立書

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

下記の介護給付費明細書等について、取消しを申し立てます。

年 月 日

保険者番号					被 保 険 者 番 氏 名					サービス提供年月		請求単位数			特定入所者介護 サービス費等		申立事由コード [*]			申立理由		
										年 月												
										年 月												
										年 月												
										年 月												
										年 月												
										年 月												
										年 月												
										年 月												
										年 月												
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	
					年 月																	