

(提出年月日)
年 月 日

(あて先) 菰野町長

事業所番号																				
事業所名称	印																			
事業所の所在地 及び連絡先	TEL																			

介護給付費明細書過誤返戻依頼書

下記の明細書は、申立理由のとおり記載誤りがありましたので、過誤返戻処理をお願いいたします。

サービス提供年月分	年	月分	※サービスを提供した月を記入。																	
請求月	年	月	※国保連合会に請求した月を記入。																	
フリガナ 被保険者氏名																				
被保険者番号	3	4	1	0	0															
サービス提供様式 (該当様式をチェック してください)	<input type="checkbox"/> 様式2	<input type="checkbox"/> 様式4	<input type="checkbox"/> 様式6	<input type="checkbox"/> 様式6の5	<input type="checkbox"/> 様式7の2	<input type="checkbox"/> 様式2の2	<input type="checkbox"/> 様式4の2	<input type="checkbox"/> 様式6の2	<input type="checkbox"/> 様式6の6	<input type="checkbox"/> 様式8	<input type="checkbox"/> 様式3	<input type="checkbox"/> 様式5	<input type="checkbox"/> 様式6の3	<input type="checkbox"/> 様式6の7	<input type="checkbox"/> 様式9	<input type="checkbox"/> 様式3の2	<input type="checkbox"/> 様式5の2	<input type="checkbox"/> 様式6の4	<input type="checkbox"/> 様式7	<input type="checkbox"/> 様式10
申立理由																				

※この依頼書は被保険者毎に作成してください。

※過誤返戻依頼されました介護給付費明細書は「介護給付費過誤決定通知書」に記載されます。再請求されます場合は、過誤返戻処理が完了している事を必ずご確認のうえ、月遅分とあわせて当月分とは別の請求書により再請求を行ってください。