

(提出年月)
年 月 日

(保険者名・福祉事務所名)

様

事業所番号	
事業所名称	
事業所の所在地 及び連絡先	TEL

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書過誤返戻依頼書

下記の明細書は、申立理由により、過誤返戻処理をお願いいたします。

サービス提供年月日分	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		
サービス提供様式 (該当様式をチェック してください)	介護予防・日常生活支援総合事業費 様式 <input type="checkbox"/> 様式2の3 <input type="checkbox"/> 様式7の3	
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予防・日常生活支援総合事業費明細書は、「介護予防・日常生活支援総合事業費過誤決定通知書」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ことを必ずご確認のうえ、月遅れ分と当月分とは別の請求書により再請求を行ってください。