

(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)給付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)	☐ 様式2 ☐ 様式4 ☐ 様式6 ☐ 様式6の5 ☐ 様式7の2 ☐ 様式2の2 ☐ 様式4の2 ☐ 様式6の2 ☐ 様式6の6 ☐ 様式8 ☐ 様式3 ☐ 様式5 ☐ 様式6の3 ☐ 様式6の7 ☐ 様式9 ☐ 様式3の2 ☐ 様式5の2 ☐ 様式6の4 ☐ 様式7 ☐ 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。