

令和 年 月 日

糸 島 市 長 様

事業所番号
事業所名称	
代表者名	印
連絡先	() -
担当者名	

介護給付費請求の取消（過誤処理）依頼について

下記のとおり、介護報酬の請求に係る提出書類の取消を依頼いたします。

記

処 理 方 法	<input type="checkbox"/> 通常過誤		<input type="checkbox"/> 同月過誤
被 保 険 者 番 号		
被 保 険 者 氏 名			
サービ 提供年月	令和	年	月分
請 求 年 月	令和	年	月
明 細 書 様 式	様式第		号
申 立 事 由 コー ド	
取 消 事 由			

※ 過誤処理を依頼する場合は、下記のどちらかの方法で依頼してください。
①国保連合会に提出済の介護給付費明細書（伝送・磁気での請求の場合は印刷したもの）の写しに、朱書きで訂正を明記してください。
②国保連合会に提出済の介護給付費明細書と再請求分の介護給付費明細書の写しを添付し、過誤の箇所マーキングしてください。
※ 過誤処理を依頼する介護給付費明細書ごとに、この処理依頼を提出してください。

受付印

チェック 入力