

(提出年月)
年 月 日

(保険者名・福祉事務所名)

(あて先)

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(予防)給付費明細書過誤返戻依頼書

下記の明細書は、申立理由のとおりに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	┆┆┆┆┆┆┆┆┆┆	
サービス提供様式 (該当様式に✓をつける)	<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8 <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9 <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7 <input type="checkbox"/> 様式10 <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の2	
申立理由		
再請求の有無	有	無

※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。再請求されません場合は、過誤返戻処理が完了していることを必ずご確認のうえ、月遅分と合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。