

**記 載 要 領**

年 月 日

(あて先) 行橋市長

事業所番号										
事業所名称										
代表者名	印									
連絡先										
担当者名										

〔 介護給付費請求書 〕 の取消依頼について  
 〔 介護給付費明細書 〕

下記の被保険者分につき、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

証記載被保険者番号	4	0	2	1	3	1	/			
被 保 険 者 番 号										
被 保 険 者 氏 名										
サービス提供年月	年					月分				
請 求 年 月	年					月				
明 細 書 様 式	様式第 号									
申立事由コード					過誤申立事由・取下時期から該当する コードを記入 (国保連 HP 参照)					
過 誤 種 類 (いずれかを○で囲む)	増		増額過誤 (今回取消し額 < 正しい請求額)							
	増減なし		公費負担者番号記入漏れの場合など							
	減		減額過誤 (今回取消し額 > 正しい請求額)							
取 消 事 由										

国保連合会  
に当該請求  
書の提出を  
行った年月  
を記載

請求を取り  
消す原因と  
なった事由  
を簡潔に記  
載する

※ 取消依頼書を提出するに当たっては、国保連合会に提出した介護給付費明細書 (伝送・磁気での請求の場合は印刷したもの) の写しを添付のうえ、過誤の箇所にマーキングして提出してください。