

平成 年 月 日

(宛先) 鈴鹿亀山地区広域連合

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	平成 年 月分	※サービスを提供した月を記入
請求月	平成 年 月分	※国保連合会に請求した月を記入
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)	<input type="checkbox"/> 様式第2 <input type="checkbox"/> 様式第4 <input type="checkbox"/> 様式第6 <input type="checkbox"/> 様式第6の5 <input type="checkbox"/> 様式第8 <input type="checkbox"/> 様式第2の2 <input type="checkbox"/> 様式第4の2 <input type="checkbox"/> 様式第6の2 <input type="checkbox"/> 様式第6の6 <input type="checkbox"/> 様式第9 <input type="checkbox"/> 様式第3 <input type="checkbox"/> 様式第5 <input type="checkbox"/> 様式第6の3 <input type="checkbox"/> 様式第7 <input type="checkbox"/> 様式第10 <input type="checkbox"/> 様式第3の2 <input type="checkbox"/> 様式第5の2 <input type="checkbox"/> 様式第6の4 <input type="checkbox"/> 様式第7の2	
申立理由		

ご提出いただく日

平成 年 月 日

(宛先) 鈴鹿亀山地区広域連合

事業所印を押印

事業所番号	
事業所名称	印
事業所の所在地 及び連絡先	TEL

該当者が複数名いる場合は、「別紙のとおり」として被保険者番号、氏名がわかるものを添付していただいてもかまいません。

介護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	平成 年 月分	※サービスを提供した月を記入
請求月	平成 年 月分	※国保連合会に請求した月を記入
被保険者氏名	鈴鹿 太郎	
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
サービス提供様式 (該当様式をチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 様式第2 <input type="checkbox"/> 様式第4 <input type="checkbox"/> 様式第6 <input type="checkbox"/> 様式第6の5 <input type="checkbox"/> 様式第8 <input type="checkbox"/> 様式第2の2 <input type="checkbox"/> 様式第4の2 <input type="checkbox"/> 様式第6の2 <input type="checkbox"/> 様式第6の6 <input type="checkbox"/> 様式第9 <input type="checkbox"/> 様式第3 <input type="checkbox"/> 様式第5 <input type="checkbox"/> 様式第6の3 <input type="checkbox"/> 様式第7 <input type="checkbox"/> 様式第10 <input type="checkbox"/> 様式第3の2 <input type="checkbox"/> 様式第5の2 <input type="checkbox"/> 様式第6の4 <input type="checkbox"/> 様式第7の2	
申立理由	(例) 初回加算を算定し忘れたため	

国保連合会へ請求した様式を記入。
別紙早見表をご参照ください。

申立理由を必ず記入してください。