

## 介護給付請求取り下げ申請書

年 月 日

飛騨市長 あて

|       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地   | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

下記の事由により介護報酬請求明細書を取り下げ（返戻）願います。

|              |   |                |   |                 |   |                |  |            |  |         |  |
|--------------|---|----------------|---|-----------------|---|----------------|--|------------|--|---------|--|
| 保険者番号        |   |                |   |                 |   | 被保険者番号         |  |            |  |         |  |
| 2            | 1 | 2              | 1 | 7               | 5 |                |  |            |  |         |  |
| 公費負担者番号      |   |                |   |                 |   | 公費受給者番号        |  |            |  |         |  |
|              |   |                |   |                 |   |                |  |            |  |         |  |
| 被保険者名        |   |                |   |                 |   | 生年月日           |  |            |  |         |  |
|              |   |                |   |                 |   | 明治・大正・昭和 年 月 日 |  |            |  |         |  |
| サービス提供月      |   |                |   |                 |   | サービス種類・項目コード   |  |            |  | 請求点数    |  |
| 年 月分         |   |                |   |                 |   |                |  |            |  |         |  |
| 年 月分         |   |                |   |                 |   |                |  |            |  |         |  |
| 年 月分         |   |                |   |                 |   |                |  |            |  |         |  |
| 年 月分         |   |                |   |                 |   |                |  |            |  |         |  |
| 年 月分         |   |                |   |                 |   |                |  |            |  |         |  |
| 年 月分         |   |                |   |                 |   |                |  |            |  |         |  |
| 理由           |   |                |   |                 |   |                |  |            |  |         |  |
| 1.他保険者       |   | 2.記号番号<br>該当無し |   | 3.転出            |   | 4.死亡           |  | 5.生保適用     |  | 6.資格取得前 |  |
| 7.有効期限<br>切れ |   | 8.重複請求         |   | 9.保険事業者<br>返戻依頼 |   | 10.医療保険<br>適用  |  | 11.その他 ( ) |  |         |  |