

(提出年月日)

年 月 日

(保険者名・福祉事務所名)

大紀町長 様

|              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所の所在地及び連絡先 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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<br>(該当様式に○をつける) | 介護給付費 様式<br>2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 6の3<br>6の5 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10 | 予防給付費 様式<br>2の2 ・ 3の2 ・ 4の2 ・ 5の2<br>6の2 ・ 6の4 ・ 6の6 ・ 7の2 |
|                          | 申立理由                                                        |                                                            |

- ※ 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保給付費明細書は、「介護給付費過誤決定通知書」に記載されます。再請求される場合は、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。
- ※ 介護給付費と予防給付費のサービス提供様式につきましては誤りのないようにご確認の上、○をつけてください。