

介護給付請求取下げ依頼書
(過誤申立書)

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	() —
FAX番号	() —
担当者名	

下記の介護給付について、請求を取下げします。

申立年月日： 年 月 日

番号	被 保 険 者 番 号										フリガナ	サービス提供月	申立事由コード				申 立 事 由		
											被 保 険 者 氏 名								
1	1	1	0	0	0							年 月					☐ 請求の誤りによる取下げ		
																	☐ 国又は県の指導検査の結果による		
																	☐ 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ		
2	1	1	0	0	0							年 月					☐ 請求の誤りによる取下げ		
																	☐ 国又は県の指導検査の結果による		
																	☐ 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ		
3	1	1	0	0	0							年 月					☐ 請求の誤りによる取下げ		
																	☐ 国又は県の指導検査の結果による		
																	☐ 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ		
4	1	1	0	0	0							年 月					☐ 請求の誤りによる取下げ		
																	☐ 国又は県の指導検査の結果による		
																	☐ 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ		
5	1	1	0	0	0							年 月					☐ 請求の誤りによる取下げ		
																	☐ 国又は県の指導検査の結果による		
																	☐ 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ		
6	1	1	0	0	0							年 月					☐ 請求の誤りによる取下げ		
																	☐ 国又は県の指導検査の結果による		
																	☐ 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ		
7	1	1	0	0	0							年 月					☐ 請求の誤りによる取下げ		
																	☐ 国又は県の指導検査の結果による		
																	☐ 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ		
8	1	1	0	0	0							年 月					☐ 請求の誤りによる取下げ		
																	☐ 国又は県の指導検査の結果による		
																	☐ 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ		
9	1	1	0	0	0							年 月					☐ 請求の誤りによる取下げ		
																	☐ 国又は県の指導検査の結果による		
																	☐ 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ		
10	1	1	0	0	0							年 月					☐ 請求の誤りによる取下げ		
																	☐ 国又は県の指導検査の結果による		
																	☐ 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ		

※ 本帳票は、各事業所が記載したものを保険者→連合会と経由します。
※ 市では、この帳票をもとに過誤申立情報を作成し、岐阜県国民健康保険団体連合会に提出します。