事業所→保険者

介護給付費明細書等取消（過誤）申立書

事業所番号		事業所名		担当者名	
所在地	〒		電話番号		

下記の介護給付費明細書等について、取消しを申し立てます。

年　月　日

保険者番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	請求単位数	特定入所者介護サービス費等	申立事由コード	申立理由
		年　月				
		年　月				
		年　月				
		年　月				
		年　月				
		年　月				
		年　月				
		年　月				
		年　月				
		年　月				