

介護給付請求取下げ依頼書
(過誤申立書)

坂祝町長 あて

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:令和 年 月 日

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

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	0	1	0	0	0							令和	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	0	1	0	0	0							令和	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	0	1	0	0	0							令和	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	0	1	0	0	0							令和	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	0	1	0	0	0							令和	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	0	1	0	0	0							令和	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	0	1	0	0	0							令和	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	0	1	0	0	0							令和	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	0	1	0	0	0							令和	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	0	1	0	0	0							令和	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。
※ 町では、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。 保険者連絡先 電話番号 0574-66-2406(福祉課直通)