

事業所 → 保険者

請求実績取り下げ申立書

枚目中

枚目

保険者番号

3	6	2	0	7	9
---	---	---	---	---	---

保険者名 美馬市 殿

事業所番号									
事業所名									
所在地									
電話番号									
担当者名									

つぎの介護給付について、取り下げを申し立てます。

申立年月日 年 月 日

被保険者番号 氏名	サービス提供年月	様式 番号	申立 番号	取下 種別	申立事由	再請求 有無	再請求後の 単位数
0 0 0 0	平成 令和			通常 同月	誤: 単位 → 正 単位	有 無	増・減・変更無
0 0 0 0	平成 令和			通常 同月	誤: 単位 → 正 単位	有 無	増・減・変更無
0 0 0 0	平成 令和			通常 同月	誤: 単位 → 正 単位	有 無	増・減・変更無
0 0 0 0	平成 令和			通常 同月	誤: 単位 → 正 単位	有 無	増・減・変更無
0 0 0 0	平成 令和			通常 同月	誤: 単位 → 正 単位	有 無	増・減・変更無
0 0 0 0	平成 令和			通常 同月	誤: 単位 → 正 単位	有 無	増・減・変更無