

事業所 → 保険者

介護給付費明細書請求（取り下げ）依頼書

洲本市様

事業所番号									電話		
所在地											
名称											
										担当者	

下記の介護給付費明細書を返戻してください。

記

サービス提供年月	年	月	利用者氏名		
保険者番号			公費負担者番号		
被保険者番号			受給者番号		
取り下げ依頼事由				請求点数	点
				サービス種類	

サービス提供年月	年	月	利用者氏名		
保険者番号			公費負担者番号		
被保険者番号			受給者番号		
取り下げ依頼事由				請求点数	点
				サービス種類	

サービス提供年月	年	月	利用者氏名		
保険者番号			公費負担者番号		
被保険者番号			受給者番号		
取り下げ依頼事由				請求点数	点
				サービス種類	

サービス提供年月	年	月	利用者氏名		
保険者番号			公費負担者番号		
被保険者番号			受給者番号		
取り下げ依頼事由				請求点数	点
				サービス種類	

サービス提供年月	年	月	利用者氏名		
保険者番号			公費負担者番号		
被保険者番号			受給者番号		
取り下げ依頼事由				請求点数	点
				サービス種類	