

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										印
									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		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	