

事業所 → 保険者

介護給付費明細書請求（取り下げ）依頼書

新 温 泉 町 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		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				申立事由コード				

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				申立事由コード				

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				申立事由コード				

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				申立事由コード				

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				申立事由コード				