【記載要領】

取消年月日を提出する年月日を記入してください。

令和　　年　　月　　日

北九州市長　様

同

同月処理を希望の場合は上記のように朱書きすること。

事業所番号	
事業所名称	
代表者名	㊞
連絡先	（　　）　　－
担当者名	

〔介護給付費請求書 / 介護給付費明細書〕の取消依頼について

下記の被保険者分につき、介護報酬の請求に係る提出書類の取消を依頼いたします。

被保険者証に記載された保険者番号・被保険者番号10桁及び被保険者氏名を記載。（過去の請求書の取り下げを行う場合は、サービス提供月当時の被保険者番号を記載すること）

証記載保険者番号			
被保険者番号			
被保険者氏名			
サービス提供年月	年　　月分		
請求年月	年　　月		
明細書様式	様式第　　号		
申立事由コード			
過誤種類（いずれかを〇で囲む）	増	増額過誤（今回取消し額＜正しい請求額）	
	増減なし	公費負担者番号記入漏れの場合など	
	減	減額過誤（今回取消し額＞正しい請求額）	
取消事由	請求を取り消す原因となった事由を具体的に記入する		

【請求年月】国保連合会に当該請求書を提出した年月を記載。
【明細書様式】様式二～様式十のいずれかを記載。
【申立事由コード】申立事由コード一覧から該当コードを記

※取消依頼書を提出するに当たっては、今回取消す誤請求分の介護給付費明細書と再請求分の介護給付費明細書の写し（今回取消す誤請求分の介護給付費明細書の写しに朱書きで訂正を明記する場合は不要）を添付してください。