福島県国民健康保険団体連合会
介護保険課　介護・福祉係　行

提出日　　平成　　年　　月　　日

介護保険取り下げ（保留解除）依頼書

請求事業者	事業所番号	0 7		所在地	〒
	事業所名	印			
	担当者名			連絡先	（　　）

下記の事由により、介護給付（介護予防・日常生活支援総合事業）費の取り下げを依頼します。

1	サービス提供年月	明細書様式番号	保険者番号 0 7	被保険者番号	給付単位数	請求額
	年　月		保険者名	氏名（カナ）	単位	円
	※1 取り下げ・保留解除	事由				

2	サービス提供年月	明細書様式番号	保険者番号 0 7	被保険者番号	給付単位数	請求額
	年　月		保険者名	氏名（カナ）	単位	円
	※1 取り下げ・保留解除	事由				

3	サービス提供年月	明細書様式番号	保険者番号 0 7	被保険者番号	給付単位数	請求額
	年　月		保険者名	氏名（カナ）	単位	円
	※1 取り下げ・保留解除	事由				

4	サービス提供年月	明細書様式番号	保険者番号 0 7	被保険者番号	給付単位数	請求額
	年　月		保険者名	氏名（カナ）	単位	円
	※1 取り下げ・保留解除	事由				

5	サービス提供年月	明細書様式番号	保険者番号 0 7	被保険者番号	給付単位数	請求額
	年　月		保険者名	氏名（カナ）	単位	円
	※1 取り下げ・保留解除	事由				

※1　取り下げ又は保留解除を〇囲みしてください

※依頼書の記載方法等につきましては別紙「介護保険取り下げ（保留解除）依頼書記載方法及び注意事項について」を必ずご覧ください。

また、請求明細書の添付は不要ですが、依頼書に不備等があった場合は、取り下げ（保留解除）できませんのでご了承ください。