

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		被保険者番号								給付単位数	請求額	
	年 月		0 7											単位	円
			保険者名			氏名(カナ)									
		※1	事由												

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

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

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

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

※1 取り下げ又は保留解除を○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。