　　年　　月　　日

（宛先）鈴鹿亀山地区広域連合長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 業 所 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事 業 所 名 称 |  | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地  及び連絡先 | TEL | | | | | | | | | |

介護給付費明細書過誤返戻依頼書

下記の明細書は、申立理由のとおり記載誤りがありましたので、過誤返戻処理をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供年月分 | 年　　　月分 | | | | | | | | | | ※サービスを提供した月を記入 |
| 請　求　月 | 年　　　月分 | | | | | | | | | | ※国保連合会に請求した月を記入 |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービス提供様式  （該当様式をチェックしてください） | □様式第２　　　□様式第４　　　□様式第６　　　□様式第６の５　□様式第８  □様式第２の２　□様式第４の２　□様式第６の２　□様式第６の６　□様式第９  □様式第３　　　□様式第５　　　□様式第６の３　□様式第７　　　□様式第１０  □様式第３の２　□様式第５の２　□様式第６の４　□様式第７の２ | | | | | | | | | | |
| 申立理由 |  | | | | | | | | | | |

　　年　　月　　日

提出日

（宛先）鈴鹿亀山地区広域連合長

同月内に複数名いる場合，「別紙のとおり」としていただいてかまいません。

※被保険者番号の数字の小さい順に，被保険者番号・氏名の一覧を作成し，添付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 業 所 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事 業 所 名 称 |  | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地  及び連絡先 | TEL | | | | | | | | | |

介護給付費明細書過誤返戻依頼書

下記の明細書は、申立理由のとおり記載誤りがありましたので、過誤返戻処理をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供年月分 | 年　　　月分 | | | | | | | | | | ※サービスを提供した月を記入 |
| 請　求　月 | 年　　　月分 | | | | | | | | | | ※国保連合会に請求した月を記入 |
| 被保険者氏名 | 鈴亀　太郎 | | | | | | | | | |  |
| 被保険者番号 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ | ０ |  |
| サービス提供様式  （該当様式をチェックしてください） | □様式第２　　　□様式第４　　　□様式第６　　　□様式第６の５　□様式第８  □様式第２の２　□様式第４の２　□様式第６の２　□様式第６の６　□様式第９  □様式第３　　　□様式第５　　　□様式第６の３　□様式第７　　　□様式第１０  □様式第３の２　□様式第５の２　□様式第６の４　□様式第７の２ | | | | | | | | | | |
| 申立理由 | （例）初回加算を算定し忘れたため | | | | | | | | | | |

申立理由を必ず記入してください。

国保連合会へ請求した様式を記入。

別添早見表をご参照ください。