

# 介護保険給付請求実績取り下げ依頼書

年 月 日

(あて先)高山市長

事業者番号	
事業所名称 所在地 電話番号	

下記の理由により介護報酬請求明細書を取り下げ(返戻)願います。

保険者番号						被保険者番号									
2	1	2	0	3	5										
被 保 険 者 名															
生 年 月 日						M・T・S			年 月 日						
サ ー ビ ス 提 供 月						理 由									
年 月															

※ 介護報酬請求明細書(写)を添付