（提出年月）
年　　月　　日

（保険者名・福祉事務所名）

様

介護支援事業所番号	
介護支援事業所名	印
介護支援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	平成・令和　　年　　月分	※サービスを提供した月を記入。
請　求　月	平成・令和　　年　　月	※国保連合会に請求した月を記入。
フ　リ　ガ　ナ 被保険者氏名		
被保険者番号		
申立事由コード		
申 立 理 由		
再請求の有無	有　　・　　無	

※この依頼書は、被保険者毎に作成してください。
※過誤返戻依頼されました介護給付費明細書は、「介護給付費過誤決定通知書」に記載されます。再請求されます場合は、過誤返戻処理が完了していることを必ずご確認のうえ、月遅分と合わせて当月分とは別の請求書により再請求を行ってください。