

FAX : 098-867-6794

年 月 日

沖縄県国民健康保険団体連合会

介護福祉課 介護福祉係 御中

事業所名称	
事業所住所	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	印

介護給付費明細書の取下げ依頼

年 月 日提出の下記介護給付費明細書の取下げを依頼いたします。

※提出月分、保留分の明細書を取下げする様式です。毎月20日午後5時必着（土日祝祭日は繰り上げ）。

※過去に審査確定した明細書は、該当保険者へ過誤申出を行ってください。

※本様式で取下げできるのは「県内保険者」のみです。県外保険者分の取下については、該当明細書が
返戻となっていないか確認のうえ、請求月の翌月に保険者(市町村)へ過誤の申請を行ってください。

記

事業所番号	
事業所名称	
サービス提供月	年 月サービス分
請求年月	年 月請求分
保険者番号	
被保険者番号	
氏名	
明細書様式番号	様式 第 号
サービス種類	