

再審査・過誤請求依頼書

年 月 日

介護保険保険者

新 郷 村 殿

事業者の名称 _____

所在地 _____

電話番号 _____

担当者氏名 _____

下記により、介護報酬に係る書類の（再審査・取り下げ）の申し立てを依頼します。

| | |
|-------------|------------|
| 事業所コード | |
| 事業所名 | |
| 事業種別 | |
| 被保険者番号 | |
| 被保険者氏名 | |
| 生年月日 | |
| 年 月 サービス提供分 | 年 月 国保連審査分 |
| 対象書類 | |
| | |
| 再審査・取り下げ理由 | |
| | |