事業者→保険者

年　　月　　日

請求明細書取り下げ依頼書

安八郡広域連合　様

事業所番号	
事業所名	印
所在地	〒　　－
連絡先	

下記の介護給付について、取り下げを依頼します。

事業所番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	取り下げ事由
			年　月分	
			年　月分	
			年　月分	
			年　月分	
			年　月分	
			年　月分	