

事業所請求専用

障害者総合支援給付費等請求情報削除願

令和 年 月 日

山梨県国民健康保険団体連合会
介護・保険者支援課 宛

ユザ[®]-ID HJ19

開設者法人名

開設者代表者名 印

住所

T E L

担当者

今月提出した下記事業所の請求情報について、誤りがありましたので、削除をお願いいたします。

また、削除後、再度請求情報を伝送いたしますので差替えをお願いいたします。

- ・ 事業所番号 _____
- ・ 事業所名称 _____

種別	対象情報	該当情報*1
削除情報	介護給付費等請求書・明細書	
	計画相談支援給付費請求書	
	利用者負担上限額管理結果票	
	サービス提供実績記録票	

*1 該当情報に○を附すこと

種別	対象情報	該当情報*1
再投入情報	介護給付費等請求書・明細書	
	計画相談支援給付費請求書	
	利用者負担上限額管理結果票	
	サービス提供実績記録票	

*1 該当情報に○を附すこと

代理人請求専用

障害者総合支援給付費等請求情報削除願（代理人用）

令和 年 月 日

山梨県国民健康保険団体連合会
介護・保険者支援課 宛

代理人ユーザ-ID HD19
代理人法人名
代理人代表者 印
住所
TEL
担当者

今月提出した下記事業所の請求情報について、誤りがありましたので、削除をお願いいたします。
また、削除後、再度請求情報を伝送いたしますので差替えをお願いいたします。

- ・ 事業所番号 _____
- ・ 事業所名称 _____

種別	対象情報	該当情報*1
削除情報	介護給付費等請求書・明細書	
	計画相談支援給付費請求書	
	利用者負担上限額管理結果票	
	サービス提供実績記録票	

*1 該当情報に○を附すこと

種別	対象情報	該当情報*1
再投入情報	介護給付費等請求書・明細書	
	計画相談支援給付費請求書	
	利用者負担上限額管理結果票	
	サービス提供実績記録票	

*1 該当情報に○を附すこと