

介護保険請求媒体取消（差替え）票

平成 21 年 5 月 10 日

事業所番号 0 8 7 9 9 9 9 9 9 9

事業所名称 介護サービス事業所

請求媒体 伝送 ・ F D 該当する方に 印をつけてください。

管理者名 介 護 太 郎

T E L 029 - -

F A X 029 - -

1 . 請求明細書・サービス計画費

	サービス提供年月	サービス提供年月	サービス提供年月
	平成 21 年 4 月分	平成 年 月分	平成 年 月分
差替ファイル名	SE904905.csv	.csv	.csv
件 数	20 件	件	件
連合会記入欄			

2 . 給付管理票

	サービス提供年月	サービス提供年月	サービス提供年月
	平成 年 月分	平成 年 月分	平成 年 月分
差替ファイル名	.csv	.csv	.csv
件 数	件	件	件
連合会記入欄			

茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護保険係

TEL 029-301-1567 FAX 029-301-1580