

平成 年 月 日

保留データ取消し依頼書

毎月10日締切

事業者番号	29*****
事業者名	介護事業所〇〇〇
電話番号	0744-29-8319
FAX番号	0744-29-8322

現在保留となっています請求の取り下げを依頼します。

保険者番号	被保険者番号	被保険者名	提供月	取消理由
292011	0123456789	介護 太郎	H29.4	請求誤り

以上 1 件の取消しを依頼します。

依頼者氏名 (担当者氏名)	国保 太郎
------------------	-------