

事業所 → 保険者 → 連合会

介護給付費過誤申立依頼書

檜葉町長様

保険者名
檜葉町
保険者番号
0 7 5 4 2 4

申立年月日 年 月 日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業所番号									
事業所名									
所在地	〒								
電話番号									
担当者名									

番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	様式番号	申立理由番号	サービスの種類	過誤申立の内容
1			年 月				
2			年 月				
3			年 月				
4			年 月				
5			年 月				
6			年 月				
7			年 月				
8			年 月				
9			年 月				
10			年 月				

- ※ 本帳票は各事業所が記載したものを保険者→連合会と経由します。
- ※ 保険者では、本帳票をもとに[過誤申立情報]を作成します。
- ※ 事業所名の隣に捺印をお願いします。