

事業者 → 保険者

[介護給付費用過誤申立書]

過誤申立書

【再請求有・無】

保険者番号 132191

保険者名 狛江市

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	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

申立年月日 年 月 日

番号	被保険者番号										フリガナ	サービス提供年月	申立事由	申立事由
											被保険者氏名		コード	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

※保険者では、本帳票を元に「過誤申立情報」を作成し、連合会へデータを送信します。

保険者 狛江市 電話番号 03-3430-1111