

事業者 → 保険者

介護給付費過誤申立依頼書

令和 年 月 日

北栄町長 様

法人名	
所在地	
事業所名	
事業者番号	.....

次の請求について過誤申立を依頼します。

記

1	被保険者番号	.....	被保険者名	
	サービス名		サービス提供年月日	
	過誤の理由	申立事由コード	(複数月可)	
	(具体的に記入)			
2	被保険者番号	.....	被保険者名	
	サービス名		サービス提供年月日	
	過誤の理由	申立事由コード	(複数月可)	
	(具体的に記入)			
3	被保険者番号	.....	被保険者名	
	サービス名		サービス提供年月日	
	過誤の理由	申立事由コード	(複数月可)	
	(具体的に記入)			
4	被保険者番号	.....	被保険者名	
	サービス名		サービス提供年月日	
	過誤の理由	申立事由コード	(複数月可)	
	(具体的に記入)			
5	被保険者番号	.....	被保険者名	
	サービス名		サービス提供年月日	
	過誤の理由	申立事由コード	(複数月可)	
	(具体的に記入)			