通常過誤処理
介護給付費等過誤申立書

事業所→保険者

介護給付費/介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

保険者番号

保 険 者 名

TEL

事業所番号

事 業 所 名

TEL

燕市　　様

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。　　年　　月　　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立理由コード	識別番号	申　立　事　由
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			