

事業所→保険者

過誤申立書

保険者番号 133033

保険者名 瑞穂町

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

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	申立事由コード				申立事由	再請求の有無		
											被保険者氏名									
1												平成 令和	年	月						
2												平成 令和	年	月						
3												平成 令和	年	月						
4												平成 令和	年	月						
5												平成 令和	年	月						
6												平成 令和	年	月						
7												平成 令和	年	月						
8												平成 令和	年	月						