

事業者 → 保険者

[介護給付費用過誤申立書]

記入例

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。

保険者が記載するため
空欄のままご提出下さい

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

記載順については特に
指定はございません

「過誤申立事由コードの
設定について」を確認して下さい

申立の理由を明記して下さい

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

保険者 狛江市 電話番号 03-3430-1111