通常 ・ 同月

介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

保険者番号

保 険 者 名

TEL

様

事業所番号

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。　　平成　　年　　月　　日

事 業 所 名

TEL

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	保険請求決定済額
		平成　年　月分				
		平成　年　月分				
		平成　年　月分				
		平成　年　月分				
		平成　年　月分				
		平成　年　月分				
		平成　年　月分				
		平成　年　月分				
		平成　年　月分				
		平成　年　月分				