介護給付費過誤依頼書

事業所 → 保険者

(通常過誤)

西条市長 殿

事業所番号								
事業所名								
所在地	₹		_	-				
連絡先	TE	L			_		_	
担当者名								

下記の介護給付について、過誤申立を依頼申し上げます。

平成

年

月 日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依 頼 事 由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依 頼 事 由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依 頼 事 由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依 頼 事 由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依 頼 事 由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依 頼 事 由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依 頼 事 由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依 頼 事 由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依 頼 事 由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依 頼 事 由
		年 月		