

介護給付費過誤申立書

(事業所 → 保険者)

大船渡市長 様

事業者番号		
事業者名		
所在地		
連絡先	電話番号	FAX番号

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

平成 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	申立事由コード		サービス種類	申立事由	備考
(例)			平成27年 4月	10	12	訪問通所系	請求誤りによる実績取下げ(同月過誤)	請求単位数