

事業所 → 保険者

# 過 誤 申 立 書

【 再 請 求 : 有 ・ 無 】

保険者番号 132225

保険者名 東久留米市 御中

|       |  |
|-------|--|
| 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |
| 担当者名  |  |
| 電話番号  |  |
| FAX番号 |  |

下記の介護給付について、過誤を申し立ます。

申立年月日 年 月 日

| 番号 | 被保険者番号 | フリガナ<br>被保険者氏名 | サービス提供月 | 申立事由<br>コード | 申 立 事 由 |
|----|--------|----------------|---------|-------------|---------|
| 1  |        |                |         |             |         |
| 2  |        |                |         |             |         |
| 3  |        |                |         |             |         |
| 4  |        |                |         |             |         |
| 5  |        |                |         |             |         |
| 6  |        |                |         |             |         |
| 7  |        |                |         |             |         |
| 8  |        |                |         |             |         |
| 9  |        |                |         |             |         |
| 10 |        |                |         |             |         |

※ 申立事由コードは、過誤申立事由コード一覧を参照してください。