

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 被保険者氏名	サービス提供月	申立事由 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。