

事業所 → 保険者 → 連合会

過 誤 申 立 書

【再請求：有・無】

保険者名 (千 代 田 区) 御中

保険者番号 (1 3 1 0 1 1)

申立年月日 年 月 日

事業所番号																				
事業所名称																				
担当者																				
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。

番号	被 保 険 者 番 号	フリガナ	サービス提供年月	申立事由コード	申 立 事 由
		被保険者氏名			
1			令和 年 月		
2			令和 年 月		
3			令和 年 月		
4			令和 年 月		
5			令和 年 月		
6			令和 年 月		
7			令和 年 月		
8			令和 年 月		
9			令和 年 月		
10			令和 年 月		

- ※ 本帳票は、各事業所が記載したものを、保険者 → 連合会と経由します。
- ※ 「申立事由コード」については、別紙コード表を参考にして下さい。
- ※ 取下げをおこないたい給付明細書（訂正前の給付明細書）等のコピーを添付して下さい。