事業所⇒保険者

平成　　年　　月　　日

介護給付費過誤申立書（通常過誤）

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
担当者名	
連絡先	

筑西市長　様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

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	申立事由
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		