

事業所 → 保険者

介護給付費過誤依頼書

同月過誤・通常過誤

どちらかに○を記入

新居浜市長 殿

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒 -
連絡先	
担当者名	

下記の介護給付について、過誤申立を依頼申し上げます。

令和 年 月 日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		

※同月過誤は毎月末、通常過誤は毎月14日までに提出ください。