

事業所 → 保険者

過誤申立書

【再請求：有・無】

保険者番号 131136

保険者名 渋谷区 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、過誤を申し立てます。

申立年月日 年 月 日

番号	被保険者番号	フリガナ	サービス提供月	申立事由 コード	申立事由
		被保険者氏名			
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

保険者 電話番号 ()
担当者名 ()