

介護給付費過誤申立書

事業所→保険者→国保連合会

証記載保険者番号									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申立者名(事業所名)	
申立者連絡先電話番号	— —

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

年 月 日提出

事業所番号	被保険者番号		サービス提供年月	※申立事由コード	申立事由
	氏	名			
			平成・令和 年 月		
			平成・令和 年 月		
			平成・令和 年 月		
			平成・令和 年 月		
			平成・令和 年 月		
			平成・令和 年 月		
			平成・令和 年 月		
			平成・令和 年 月		
			平成・令和 年 月		

- ※ 【申立事由コード】については別紙を参照してください。
- ※ 保険者へ毎月15日(必着)までに提出してください。
- ※ 申立者名・申立者連絡先電話番号欄には、貴事業所名・電話番号を記載ください。