

過誤申立書

保険者番号 144022

保険者名 清川村 宛て

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

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			年 月		
2			年 月		
3			年 月		
4			年 月		
5			年 月		
6			年 月		
7			年 月		
8			年 月		
9			年 月		
10			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。
 ※ 保険者では、本帳票をもとに「過誤申立情報」を作成します。
 ※ 連合会では本帳票をエラーチェック及び過誤決定通知書の突合に使用します。

保険者連絡先 電話番号 046-288-3861 直通
 F A X 046-288-2025