

事業者 → 保険者

[介護給付費用過誤申立書]

過 誤 申 立 書

【 再 請 求 : 有 ・ 無 】

保険者番号 132084

保 険 者 名 調布市

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

申立年月日 年 月 日

番号	被保険者番号										フリガナ 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
1	0	0	0	0										
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

保険者 電話番号 介護給付係(042-481-7321)