事業所→保険者

介護給付費過誤依頼書

（ 同月過誤 ・ 通常過誤 ）※いずれかの区分に〇を記入

鬼北町長　兵頭誠亀　殿

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒　　－
連絡先	TEL
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		
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		