事業所　→　保険者

介護給付費過誤申立書

保険者番号	152124
保険者名	村上市
TEL	0254-53-2111（内線3411・3412）

村　上　市　長　　あて

事業所番号	
事業所名	
TEL	

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。　　令和　　年　　月　　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立理由 コード	識別 番号	申　立　理　由
		年　　月			
		年　　月			
		年　　月			
		年　　月			
		年　　月			
		年　　月			
		年　　月			
		年　　月			
		年　　月			
		年　　月			