

過誤申立書

【再請求：有・無】

目黒区長 宛
(保険者番号:131102)

事業者番号										
事業者名称										
電話番号										
FAX番号										
担当者名										

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

年 月 日

	被保険者番号								フリガナ	サービス提供年月	申立事由コード			申立事由
									被保険者氏名					
1									年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤りの為(過剰請求・過少請求) <input type="checkbox"/> その他()	
2									年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤りの為(過剰請求・過少請求) <input type="checkbox"/> その他()	
3									年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤りの為(過剰請求・過少請求) <input type="checkbox"/> その他()	
4									年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤りの為(過剰請求・過少請求) <input type="checkbox"/> その他()	
5									年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤りの為(過剰請求・過少請求) <input type="checkbox"/> その他()	
6									年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤りの為(過剰請求・過少請求) <input type="checkbox"/> その他()	
7									年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤りの為(過剰請求・過少請求) <input type="checkbox"/> その他()	
8									年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤りの為(過剰請求・過少請求) <input type="checkbox"/> その他()	
9									年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤りの為(過剰請求・過少請求) <input type="checkbox"/> その他()	
10									年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤りの為(過剰請求・過少請求) <input type="checkbox"/> その他()	

保険者 電話番号 (03-5722-9847)
担当者 ()