サービス提供事業者→保険者

介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

米子市長　様

保険者番号	3	1	2	0	2	5
保 険 者 名	米 子 市					

事 業 所 名	
所 在 地	〒
連 絡 先	電話
	FAX
担 当 者 名	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　年　　月　　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者カナ氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
		年　月		様式第　号
		年　月		様式第　号
		年　月		様式第　号
		年　月		様式第　号
		年　月		様式第　号
		年　月		様式第　号
		年　月		様式第　号
		年　月		様式第　号
		年　月		様式第　号
		年　月		様式第　号