

# 過誤申立書

【再請求：有 無】

P

品川区 あて

申立年月日 年 月 日

事業者番号									
名 称									
電話番号									
FAX番号									
担当者名									

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

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					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

本帳票は、各事業者が記載したものを保険者→連合会と経由します。

保険者では、本帳票をもとに「過誤申立情報」を作成します。

連合会では、本帳票をエラーチェックおよび過誤決定通知書の突合に使用します。

保険者 電話番号 03-5742-6927