事業所→保険者

介護給付費過誤申立書

保険者番号	3 1 4 0 1 3
保険者名	日南町

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	TEL

（保険者）　日南町　　殿

下記の介護給付について、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	申立事由 コード	申立事由