

過誤申立依頼書

保険者番号 034611

保険者名 大槌町 宛て

事業所番号	
事業所名称	
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。

申立年月日 年 月 日

番号	被保険者番号								フリガナ	サービス提供月	申立事由コード	申 立 事 由
									被保険者氏名			
1									年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ	
2									年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ	
3									年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ	
4									年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ	
5									年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ	
6									年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ	
7									年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ	
8									年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ	
9									年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ	
10									年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ	