介　護　給　付　費　過　誤　申　立　書

保険者番号　152256

保 険 者 名　魚沼市

℡　025-792-9755

魚　沼　市　　殿

事業所番号

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。　　年　　月　　日

事 業 所 名

℡

事業者番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立理由コード	識別番号	申　立　理　由
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			