**過 誤 申 立 書　 【　再 請 求 ： 有　・ 無　 】**

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所番号** |  |
| **事業所名称** |  |
| **担当者名** |  |
| **電話番号** |  |
| **ＦＡＸ番号** |  |

**保険者番号**

**保険者名 御中**

**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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| １０ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

保険者　　電話番号（　　　　　　　　　）

担当者名（　　　　　　　　　）