

(通常 ・ 同月) 過誤申立書

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業者番号	
事業所名	

証記載 保険者番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	請求年月	明細書様式 様式第 号	申立事由コード	保険請求額		取消事由
						誤	正	
403493	3 4 9 0	年 月	年 月	様式第 号		誤		
						正		
						返還額		
403493	3 4 9 0	年 月	年 月	様式第 号		誤		
						正		
						返還額		
403493	3 4 9 0	年 月	年 月	様式第 号		誤		
						正		
						返還額		
403493	3 4 9 0	年 月	年 月	様式第 号		誤		
						正		
						返還額		
403493	3 4 9 0	年 月	年 月	様式第 号		誤		
						正		
						返還額		
403493	3 4 9 0	年 月	年 月	様式第 号		誤		
						正		
						返還額		
合 計						誤		/
						正		
						返還額		