

事業所 → 保険者 → 連合会

介護給付費 過誤申立書

保険者名 鋸南町
(保険者番号:124636)

申立年月日 年 月 日

事業所番号	
事業所名称	
事業所所在地	
電話番号	
担当者名	

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号	フリガナ	サービス提供年月	申立事由 (該当する事由にチェックや○をつけ、 その他は必ず理由を記入してください)
		被保険者氏名		
1	000000		年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他
2	000000		年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他
3	000000		年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他
4	000000		年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他
5	000000		年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他

※ 毎月20日(20日が休庁日の場合は直前の開庁日)が連合会締切です。
※ Hで始まる被保険者番号の過誤は、管轄の福祉事務所での取扱いとなります。

問い合わせ先
〒299-1902 千葉県安房郡鋸南町保田560
鋸南町保健福祉課 介護保険係 TEL 0470-50-1172(直通)