保険者→国保連合会

介護給付費過誤申立書

（ 同 月 ・ 通 常 ）

保険者番号	
保険者名	
電話番号	
担当者名	

介護給付費審査委員会　殿

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　年　月　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		