

介護給付費過誤申立依頼書

新富町長 殿

事業者番号										
事業者名										
依頼担当者名										
連絡先	住所									
	電話番号									

下記の介護給付について、宮崎県国民健康保険団体連合会への過誤申立を依頼します。

平成 年 月 日

【記入例】

	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	請求明細 様式番号	申立依頼理由
例	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5 新 富 花 子	平成12年9月	様式第2	通所介護のサービス提供回数誤り(8回のところを7回で請求)

	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	請求明細 様式番号	申立依頼理由
1		平成 年 月	様式第	
2		平成 年 月	様式第	
3		平成 年 月	様式第	
4		平成 年 月	様式第	
5		平成 年 月	様式第	

[illegible]