

介護給付費過誤申立依頼書

寒河江市長 様

次のとおり、山形県国民健康保険団体連合会で審査支払決定済の介護給付費について、寒河江市から山形県国民健康保険団体連合会に過誤申立を依頼します。

		届出年月日	年 月 日
事業所名		代表者名	
事業所所在地	〒 ☎		

過 誤 対 象 被 保 険 者	被保険者番号																		
	フリガナ											生年 月日	明 大 昭	年 月 日	性 別	男 ・ 女			
	氏 名																		
住 所	〒 ☎																		

過 誤 情 報	サービス提供年月	年 月
	サービス提供事業所 名	
	サービス事業所番号	
	介護サービス種類	

過誤の理由	
-------	--

※過誤により介護給付費を取下げする介護給付費明細書と、再請求する介護給付費明細書を添付してください。