

事業者 → 保険者

過誤申立削除依頼

保険者番号 131227

保険者 葛飾区

下記の介護給付について、過誤申立の削除をお願いいたします。

申立年月日 令和 年 月 日

事業所番号	
事業所名称	
担当者氏名	
電話番号	
FAX番号	

番号	被保険者番号	フリガナ	サービス提供年月	申立事由 コード	申立事由 (サービスコード・種類も記入の事)
		被保険者氏名			
1			年 月		
2			年 月		
3			年 月		
4			年 月		
5			年 月		
6			年 月		
7			年 月		
8			年 月		
9			年 月		
10			年 月		

全ての項目を記入してください。

締め切りは、過誤申立書提出月の翌月6日(祝日の場合は前日)を締切とします。