

事業所 → 阿賀野市

介護給付費過誤申立書

保険者番号 152231

保険者名 阿賀野市

TEL 0250-62-2510

事業所番号 900000000

事業所名 ○○介護事業所

TEL 0250-1234-5678

(宛先) 阿賀野市長 様

下記の介護給付費について、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	申立理由 コード	識別番号	申立事由
900000000000	1111111111 阿賀野 太郎	令和 ○年 △月分			算定回数誤り
		令和	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 申立理由コード及び識別番号に関しましては、新潟県国保連合会ホームページ掲載の「過誤申立事由コード一覧表」での確認をお願いいたします。 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 申立理由の記入をお願いいたします。 </div>
		令和			
		令和 年 月分			
		令和 年 月分			
		令和 年 月分			
		令和 年 月分			
		令和 年 月分			
		令和 年 月分			
		令和 年 月分			
		令和 年 月分			

(注意事項)

- ・提出期限は毎月15日必着になります。
(休日の場合は、前開庁日まで)
- ・提出期限以降に届いたものに関しましては、翌月処理になります。