

# 過 誤 申 立 書 【 再 請 求 : 有 無 】

保険者名 **江東区** 御中  
 ( **131086** )

申立年月日 年 月 日

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号										フリガナ	サービス提供月	申立事由 コード	申 立 事 由
											被保険者氏名			
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

本帳票は各事業所が記載したものを保険者 連合会と経由します。  
 保険者では、本帳票をもとに「過誤申立情報(FD)」を作成します。  
 連合会では保険者から提出される本帳票をもとに事業所からの再請求の確認をします。

保険者 電話番号 ( 03-3647-9111 内線2671 )  
 担当者名 ( )