事業所 → 保険者

介護給付費過誤申立書

南魚沼市
新潟県国民健康保険団体連合会 様

下記の介護給費について、過誤を申し立てます。　　年　　月　　日

保険者番号	152264
保険者名	南魚沼市　℡ 025-773-6675
事業所番号	
事業所名	
連絡先	℡　　担当者

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	識別番号	申　立　理　由
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			