

事務所→保険者

(介護給付用) 過 誤 申 立 書

提出は、必ず町田市ホームページの電子申請受付フォーム、もしくは郵送にて行ってください。

※メール提出は不可

100件を超える場合は、分けて作成・提出してください。

保険者番号 132092

保険者名 町田市

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

	再請求	
事業所番号		
事業所名称		
担当者名		
電話番号		
申立年月日		

番号	被保険者番号	被保険者氏名	被保険者ふりがな	サービス提供年月	サービス種類	申立内容	過誤申立コード
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							