

過誤申立書

【再請求：有(減額・増額・その他) 無】

西東京市健康福祉部
 高齢者支援課 介護指導給付係行
 FAX 番号 042-438-2024
 (保険者番号 132290)

依頼日	平成 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。

記

被保険者番号	フリガナ	サービス提供年月	サービス種類名 (例 訪問介護)	申立事由
	被保険者氏名			
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		

保険者記入欄		
申立事由コード	実績	入力

※記入は被保険者番号順にしてください。