

事業所 → 保険者

## 介護給付費過誤申立書

(保険者) 沖縄県介護保険広域連合長 殿

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	担当者名

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

年 月 日

証記載 保険者番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	サービス内容(種類)	申立事由コード		申立事由
				様式番号	申立理由番号	
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				

- ※西原町の方でサービス提供年月が平成28年度以前の場合は旧被保険者番号を使用してください。
- ※「被保険者番号」が「H」から始まる被保険者(生保単独)については、事業所を管轄する福祉事務所へ申し立てを行ってください。
- ※提出期限は毎月20日です。(20日が閉庁日の場合は前開庁日)