

保険者番号 1 3 2 2 5 8

保険者名 稲城市

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費給付について、過誤を申し立てます。

申立年月日 年 月 日

※複数人・複数月の過誤申し立てをする場合には、被保険者ごとにサービス提供月を続けて記入すること

番号	被保険者番号										フリガナ	サービス提供月 (年 月)		申立事由コード (4桁)	申立事由
											被保険者氏名				
1												年	月		
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

※本帳票は各事業者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。

〒206-8601 稲城市東長沼2111

電話042-378-2111 内線282

稲城市福祉部介護保険係