

F A X 送 信 状

送信枚数 _____ 枚（送信状を含む）

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

三木町健康福祉課 介護保険係 宛

同 月 過 誤 申 立 依 頼 書

事業者名										
事業者番号										
電話番号										
担当者氏名										

下記の案件について、同月過誤申立を依頼します。

被保険者番号										
被保険者氏名										
サービス提供年月	平成 _____ 年 _____ 月 ~ 平成 _____ 年 _____ 月（ヵ月分）									
申立事由コード	様式番号		申立理由番号		別紙「過誤申立事由コード」参照					
申立事由 （具体的に記入してください。）										

※ 保険者へは、毎月1日から9日までに提出してください。

※ 送付先 三木町健康福祉課 介護保険係 FAX番号 087-898-1994

下記の案件について、同月過誤申立を依頼します。

被保険者番号										
被保険者氏名										
サービス提供年月	平成 年 月 ~ 平成 年 月 (カ月分)									
申立事由コード	様式番号		申立理由番号		別紙「過誤申立事由コード」参照					
申立事由 (具体的に記入してください。)										

下記の案件について、同月過誤申立を依頼します。

被保険者番号										
被保険者氏名										
サービス提供年月	平成 年 月 ~ 平成 年 月 (カ月分)									
申立事由コード	様式番号		申立理由番号		別紙「過誤申立事由コード」参照					
申立事由 (具体的に記入してください。)										

下記の案件について、同月過誤申立を依頼します。

被保険者番号										
被保険者氏名										
サービス提供年月	平成 年 月 ~ 平成 年 月 (カ月分)									
申立事由コード	様式番号		申立理由番号		別紙「過誤申立事由コード」参照					
申立事由 (具体的に記入してください。)										

F A X 送 信 状

送信枚数 _____ 枚（送信状を含む）

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

三木町健康福祉課 介護保険係 宛

過 誤 申 立 依 頼 書

事業者名										
事業者番号										
電話番号										
担当者氏名										

下記の案件について、過誤申立を依頼します。

被保険者番号										
被保険者氏名										
サービス提供年月	平成 _____ 年 _____ 月 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 （ _____ カ月分）									
申立事由コード	様式番号		申立理由番号		別紙「過誤申立事由コード」参照					
申立事由 （具体的に記入してください。）										

※ 保険者へは、毎月11日から18日までに提出してください。

※ 送付先 三木町健康福祉課 介護保険係 FAX番号 087-898-1994

下記の案件について、過誤申立を依頼します。

被保険者番号											
被保険者氏名											
サービス提供年月	平成 年 月 ~ 平成 年 月 (カ月分)										
申立事由コード	様式番号		申立理由番号		別紙「過誤申立事由コード」参照						
申立事由 (具体的に記入してください。)											

下記の案件について、過誤申立を依頼します。

被保険者番号											
被保険者氏名											
サービス提供年月	平成 年 月 ~ 平成 年 月 (カ月分)										
申立事由コード	様式番号		申立理由番号		別紙「過誤申立事由コード」参照						
申立事由 (具体的に記入してください。)											

下記の案件について、過誤申立を依頼します。

被保険者番号											
被保険者氏名											
サービス提供年月	平成 年 月 ~ 平成 年 月 (カ月分)										
申立事由コード	様式番号		申立理由番号		別紙「過誤申立事由コード」参照						
申立事由 (具体的に記入してください。)											