

(事業者 → 市)

年 月 日

各務原市 宛

事業所番号
事業所名称
所在地
連絡先
担当者名

介護給付費過誤申立依頼書

下記に関する介護給付費過誤申立書を岐阜県国民健康保険団体連合会に提出
願います。

提供年月	
保険者番号	
被保険者番号	
被保険者氏名	
サービス種類	
理 由	

※介護給付明細書を添付してください。