実施機関 → 保険者

介護給付費過誤申立依頼書

矢巾町長殿

下記の介護給付費について、過誤調整が必要ですので手続きについてよろしくお願いします。　平成　年　月　日

実施機関名

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由