事業者→保険者

介護給付費過誤申立書

保険者番号	3	6	3	6	8	9

保険者名　　那賀町長　　殿

下記の介護給付について、取り下げを申し立てます。　　年　　月　　日

事業所番号	
事業所名	印
所在地	〒
連絡先	

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