

介護給付費過誤申立依頼書

令和 年 月 日

保険者番号	保険者名
124222	睦沢町

事業所名	印
事業所番号	
所 在 地	
連 絡 先	

下記の一覧表のとおり千葉県国民健康保険団体連合会に対して、過誤の申立をします。

[illegible]