

事業所→保険者(月末締切)→国保連合会

過誤対象者の保険者番号を記入する。

過誤対象者のお住まいの区の情報を入力する。

※過誤申立は、保険者へ依頼していただきますので締切日は各保険者へお問い合わせください。

京都市に過誤申立を依頼する日を記入する。

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

令和 7 年 4 月 1 日

保険者番号	261016
保険者名	京都市北区
所在地	〒 6 0 3 - 8 5 1 1
	京都市北区紫野東御所田町33-1
電話番号	0 7 5 - 4 3 2 - 1 3 6 4

[illegible]

※提供年月については西暦記載してください。(例:令和6年4月⇒202404)