

事業所→保険者

介護給付費過誤依頼書

記入例

(同月過誤・通常過誤)

大洲市長 殿

希望する区分に○をつけてください

事業所番号																				
事業所名																				
所在地	〒 -																			
連絡先	TEL - -																			
担当者名																				

事業所番号等全てご記入ください

下記の介護給付について、過誤申立を依頼申し上げます。

令和 年 月 日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
<p>事由コードは、最初の2ケタは様式番号、残りの2ケタは申立理由を記入してください</p>				
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	<p>依頼事由は、「・・・の算定誤り」「・・・による請求誤り」等のように誤ったのか分かるように記入してください</p>		事由コード	依頼事由
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		

※同月過誤 (再請求を行う月の前月末までに提出してください。)
 ※通常過誤 (毎月15日までに提出してください。)