

過誤申立書

墨田区長 宛

申立年月日 年 月 日

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
担当者名	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

No.	被保険者番号 <small>(被保険者番号順に記入ください)</small>										フリガナ 被保険者氏名	サービス提供月	申立事由 コード	申立事由 <small>(サービス種類も記入ください)</small>	再請求の有無	
	0	0	0	0								年 月				
1	0	0	0	0								年 月				【 有 ・ 無 】
2	0	0	0	0								年 月				【 有 ・ 無 】
3	0	0	0	0								年 月				【 有 ・ 無 】
4	0	0	0	0								年 月				【 有 ・ 無 】
5	0	0	0	0								年 月				【 有 ・ 無 】
6	0	0	0	0								年 月				【 有 ・ 無 】
7	0	0	0	0								年 月				【 有 ・ 無 】
8	0	0	0	0								年 月				【 有 ・ 無 】
9	0	0	0	0								年 月				【 有 ・ 無 】
10	0	0	0	0								年 月				【 有 ・ 無 】

保険者 電話番号 03-5608-6149

本帳票は各事業所が記載したものを保険者 連合会と経由します。
 同月過誤(差額調整)を希望の場合は、区受付締切日(毎月20日、閉庁日の場合は直前の開庁日)の翌月に国保連合会へ再請求してください。
 複数件数ある場合には、被保険者番号順 サービス提供月順に記入してください。
 過誤申立書には個人情報に記載されているため、郵送または窓口にご持参ください。(FAXでは受け付けておりません。)
 都・指導検査等および保険者の適正化による申立の場合は、指導の結果通知等の資料を添付してください。