

過誤申立書

墨田区

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。

番号	被保険者番号	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 (サービス種類も記入ください)	再請求の有無
1			年 月			【 有 ・ 無 】
2			年 月			【 有 ・ 無 】
3			年 月			【 有 ・ 無 】
4			年 月			【 有 ・ 無 】
5			年 月			【 有 ・ 無 】
6			年 月			【 有 ・ 無 】
7			年 月			【 有 ・ 無 】
8			年 月			【 有 ・ 無 】
9			年 月			【 有 ・ 無 】
10			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)の翌月に国保連合会へ再請求してください。
 被保険者番号順に記載してください。1人の被保険者で複数月ある場合はサービス提供月順に記載してください。
 過誤申立書には個人情報に記載されているため、ご郵送いただくか、直接ご持参ください。(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。