

過誤申立書

記入例

墨田区

申立年月日 平成24年 6月 9日

事業所番号	1370000000
事業所名称	墨田区役所訪問介護事業所
電話番号	03-5608-6149
担当者名	業平 和子

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	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
		被保険者氏名				
1	0000111111	スミダ イチロウ 墨田 一郎	平成 24年 3月	1002	訪問介護 特定事業所加算の請求もれ	【有・無】
2	0000222222	ミドリ タロウ 緑 太郎	平成 24年 3月	1002	訪問介護 特定事業所加算の請求もれ	【有・無】
3	0000333333	ムコウジマ ハナコ 向島 花子	平成 24年 2月	1002	訪問介護 特定事業所加算の請求もれ	【有・無】
4	0000333333	ムコウジマ ハナコ 向島 花子	平成 24年 3月	1002	訪問介護 特定事業所加算の請求もれ	【有・無】
5			平成 年 月			【有・無】
6			平成 年 月			【有・無】
7			平成 年 月			【有・無】
8			平成 年 月			【有・無】
9			平成 年 月			【有・無】
10			平成 年 月			【有・無】

複数名の被保険者を過誤申立
する場合は、被保険者番号順に
記入ください。

1人の被保険者であっても、複数
月ある場合は、各月を一行ずつ
記入ください。

申立事由コードについては、別
紙「申立事由コード」を参照し、
入力ください。

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。