

過誤申立書

【 再請求：有 無 】

国分寺市役所高齢福祉課 御中

1 3 2 1 4 2

保険者にて記入

申立年月日 年 月 日

事業所番号											
事業所名											
電話番号											
FAX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	サービス提供月	申立事由コード			申立事由						
							被保険者氏名						年	月	年	月		
1								年	月									
2								年	月									
3								年	月									
4							<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>申立書への記入事項</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>① 事業所番号</p> <p>② 事業所名称</p> <p>③ 事業所電話番号</p> <p>④ 事業所 FAX 番号</p> <p>⑤ 事業所担当者名</p> <p>⑥ 被保険者番号</p> <p>⑦ 被保険者氏名</p> <p>⑧ サービス提供月</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>⑨ 申立事由コード</p> <p>⑩ 申立事由</p> <p>⑪ 保険者名称</p> <p>⑫ 保険者番号</p> <p>⑬ 保険者電話番号</p> <p>⑭ 保険者担当者名</p> <p>⑮ 再請求の有無</p> </div> </div> <p>上記項目の記載があれば、書式が違っていても構いません 但し、事業所番号が異なる場合は別用紙にして下さい</p> </div>											
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

被保険者ごとに、サービス提供年月を昇順で入れてください。

過誤申立の理由を記入してください

例 都の指導検査のため

* 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。

* 保険者では、本帳票をもとに「過誤申立情報(伝送)」を作成します。

* 連合会では保険者から提出される本帳票をもとに事業所からの再請求の確認をします。

保険者 電話番号 ()
担当者名