

介護給付費過誤申立書

同月過誤の場合は、国保連合会に再請求を行う年月を記載してください。再請求月＝審査月となります。

通常過誤 (15日 〆切)

同月過誤 (25日 〆切) (再請求年月: 令和 2年 1月)

萩市長あて

下記の介護給付について過誤を申し立てます。

令和 元年 12月 1日

事業所番号	△△△△△△△△△△
事業所名	〇〇〇事業所
所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 萩市〇〇 〇〇〇番地
連絡先	Tel 25-〇〇〇〇
担当者名	〇〇〇〇

様式番号・申立理由番号は別紙で確認の上、ご記入ください。

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	様式番号	申立理由番号	内容
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 〇 〇 〇 〇	平成 令和 元年 5月	1 0	1 2	〇〇加算を誤って算定していたため
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 〇 〇 〇 〇	平成 令和 元年 6月	1 0	4 C	入院中に誤って請求していたため(医療突合)
.....	平成 令和 年 月			内容は具体的に記入してください。
.....	平成 令和 年 月			
.....	平成 令和 年 月			
.....	平成 令和 年 月			
.....	平成 令和 年 月			
.....	平成 令和 年 月			
.....	平成 令和 年 月			
.....	平成 令和 年 月			
.....	平成 令和 年 月			

※件数が多く、過誤調整額が多額になる場合には、介護保険係までご相談ください。

※記載順は、被保険者ごとにサービス提供年月(古いものから)を連続してご記入ください。