

記載例

介護給付費過誤申立依頼書

各項目を記載し、
押印してください。

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
事業所名	田村デイ									
所在地	福島県田村市〇△□									
連絡先	0247-82-●▲■									

下記の介護給付について、過誤がありましたので過誤申立を依頼します。

令和3年7月5日

保険者番号	被保険者番号 <small>被保険者名</small>	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
072116	0000123456 田村 太郎	令和3年4月	1002	請求誤りのため
		年 月		
		年 日		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

○田村市の保険者番号:072116
 ○申立事由コードは「様式番号」と「申立理由番号」の
 組み合わせを記載してください。
 ○申立事由は過誤申立を行う理由を記載してください。

提出期限
通常過誤: 毎月10日まで
同月過誤: 毎月25日まで
 ※期限以降提出されたものは翌月に処理しますので、
 国保連合会への再請求をする際はご注意ください。