

過 誤 申 立 書

【再請求 : 有 無】

西東京市健康福祉部
 高齢者支援課 介護調整係 行
 FAX 番号 042-420-2894
 電話番号 042-420-2813
 (保険者番号 132290)

依 頼 日	令和 年 月 日	電話番号	
事業所番号		FAX番号	
事業所名称		担当者名	

下記の介護(予防)給付・総合事業について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号	フリガナ		サービス提供年月	サービス種類名 (例 訪問介護)	申 立 事 由	保険者記入欄		
		被保険者氏名					申立事由コード	実績	入力
1				令和 年 月					
2				令和 年 月					
3				令和 年 月					
4				令和 年 月					
5				令和 年 月					
6				令和 年 月					
7				令和 年 月					
8				令和 年 月					
9				令和 年 月					
10				令和 年 月					

※被保険者番号順に記入してください。一人の被保険者につき、複数月ある場合は、サービス提供年月順に記入してください。

※国保連で審査中・返戻・保留の請求でないことを確認して、提出してください。