

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	事業者情報を記入してください。
事業所番号		
事業所名称		

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					
3			令和					
4			令和					
5			令和					
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					

①被保険者番号、氏名、サービス提供月を記入してください。
 提供月ひと月につき、1行で記載してください。
 ②取り下げたいサービス種類名を正しく記入してください。
 【例】訪問介護、介護老人保健施設など
 ③申立事由を記入してください。
 請求誤りのため、実地指導のたなど

保険者記載欄です。
 記入しないでください。

※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。