

介護給付費過誤申立依頼書

事業所印が必要です。

保険者番号	4	5	2	0	9	4
保険者名	えびの市					

様

1. もしくは2. 3に○を付けてください

(区分 1. 総合事業 2. 介護予防 3. 介護給付)

同月過誤 (30日 〆切)

通常過誤 (10日 〆切)

☞ どちらか選んでください

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	電話番号

※ 〆切日が休日の場合、その休日の前日までに提出ください。

申請時の日付

年 月 日

既に支払決定を受けております介護給付費明細書について、下記サービス利用者分の過誤申立を依頼します。

No.	被保険者番号 被保険者氏名		サービス提供年月	サービス種別	申立事由コード		申立事由
	1	2			1	2	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

記入例

前2桁・・・様式番号
後2桁・・・申立理由番号

※総合事業のサービス分を過誤申し立てする場合は、別々(介護予防・介護給付とは別)で依頼書を作成してください。
 ※請求をした月に過誤申立は、できません。審査が通ったものが過誤申し立ての対象となります。