

通常過誤

介護給付費過誤申立書

介護給付費審査委員会 殿

事業所名
所在地
連絡先
(電話番号)

保険者番号	271007
保険者名	大阪市
所在地	〒530-8201 大阪市北区中之島1丁目3番20号
連絡先 (〇〇区)	電話番号 06-〇〇〇〇-□□□□

下記の介護給付について、過誤を申し立てる

該当する被保険者の被保険者証に記載されている区名、電話番号を記入してください。

日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名(下段)	介護保険年月	申立事由 コード	申立事由
2771234567	0012345678 介護 太郎	令和 2年 1月	1002	請求誤りによる実績取り下げ
2771234567	0098765432 介護 花子	令和 2年	02	請求誤りによる実績取り下げ
		令和 年 月		
		令和 年 月		

注意事項

- ・介護保険給付費過誤申立書は3部(保険者・国保連・事業者控え各1部)作成していただき、該当する被保険者の被保険者証に記載されている区介護保険担当へ提出してください。
- ・該当する被保険者が複数いる場合、被保険者の所管区ごとに提出してください。
- ・申立事由コード及び申立事由は大阪府国民健康保険団体連合会のホームページに掲載されていますので、必ずご確認のうえご記入ください。

令和 年 月