記入例

介護給付費過誤申立書

介護給付費審査委員会　殿

事業所
所在
連絡先
（電話番号）　　印

3部とも押印してください。

保険者番号	2 7 1 0 0 7
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-□□□□

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。

下記の介護給付について、過誤を申し立て　　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名（フリガナ）		申立事由コード	申立事由
2 7 7 1 2 3 4 5 6 7	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 介護　太郎	平成 29 年 1 月	1 0 0 2	請求誤りによる実績取り下げ
2 7 7 1 2 3 4 5 6 7	0 0 9 8 7 6 5 4 3 2 介護　花子	平成 29 年	0 2	績取り下げ
		平成　年　月		
		平成　年　月		

様式番号

申立理由番号

申立理由番号に則した内容

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。

・通常過誤または同月過誤で提出期日が異なりますので、詳しくは提出先の区介護保険担当にご確認ください。