

事業者 → 保険者

[介護給付費(総合事業費)用過誤申立書]

# 記入例

## 過誤申立書

【再請求：有・無】

保険者番号 132084

保険者名 調布市

下記の介護給付費(介護予防・日常生活支援総合事業)について、過誤を申し立てます。

再請求の有無を選んでください。  
再度請求する場合には、再請求は「有」となり、取下げのみの場合は「無」となります。

事業所番号	1300000000
事業所名称	〇〇支援事業所
担当者名	×× ××
電話番号	042-481-△△△△
FAX番号	042-481-□□□□

提出締切 毎月19日(必着)  
(19日が土日祝日の場合、その直前の平日)

事業所番号ごとに過誤申立書を作成してください。

申立年月日 令和 3 年 4 月 1 日

番号	被保険者番号										フリガナ 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由 コード	申立事由
	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	チョウフ タロウ 調布 太郎			
1	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	チョウフ タロウ 調布 太郎	令和3年1月	1002	算定ミスによる請求誤り
2	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	チョウフ タロウ 調布 太郎	令和3年2月	1002	算定ミスによる請求誤り
3	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	チョウフ ハナコ 調布 花子	令和3年1月	1102	サービス提供実績なし
4	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	チョウフ ハナコ 調布 花子	令和3年2月	1102	サービス提供実績なし
5														
6														
7														
8														
9														
10														

被保険者番号順に記入してください。  
(複数月を申立する場合は上記のとおり記入してください)

申立事由コードは、コード表を参照して様式番号と申立理由番号を組み合わせた4桁の数字を記入してください。  
※介護給付費と総合事業費で様式が異なりますので、ご注意ください。

過誤申立の理由を簡潔に記入してください。  
・東京都の指導検査による〇〇加算の返還  
・△△公費の請求もれ 等