

介護給付費過誤申立書 (請求誤りによる実績取下げ)

同月過誤
通常過誤

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

保険者番号	2	8	2	2	6	9
保険者名	淡路市					

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	被保険者番号は前0 を入れて10桁で ご記入ください	サービス 提供年月	申立事由コード		申立事由 (なるべく具体的に)
			平成 年 月		0 2	
			平成 年 月		0 2	
			平成 年 月		0 2	
			平成 年 月		0 2	
			平成 年 月		0 2	
			平成 年 月		0 2	
			平成 年 月		0 2	

事業者 保険者

淡路市健康福祉部長寿介護課 様

平成 年 月 日

()申立事由コード上2桁の凡例
介護給付費明細書の
様式第二 「10」 様式第五の二 「26」 様式第六の六 「35」
様式第二の二 「11」 様式第六 「30」 様式第七 「40」
様式第三 「21」 様式第六の二 「31」 様式第七の二 「41」
様式第三の二 「24」 様式第六の三 「32」 様式第八 「50」
様式第四 「22」 様式第六の四 「33」 様式第九 「60」
様式第四の二 「25」 様式第六の五 「34」 様式第十 「70」
様式第五 「23」

事業所名		代表者名	印
		担当者名	
所在地		電話番号	