

事業所 → 保険者

介護給付費明細書過誤調整依頼書

記載例

保険者番号	4	6	2	1	5	0
保険者名	薩摩川内市					

様

(同月過誤 ・ 通常過誤)

※ どなたにも○印をつけてください

必ず、同月過誤か通常過誤
に○印をつけてください

事業所番号	4	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事業所名称	居宅介護支援事業所 ○○○											
事業所所在地	〒 895 - 8650 薩摩川内市神田町3番22号											
連絡先(電話番号)	0996-23-5111											

担当者名

田中

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調整を依頼します。

令和 4 年 2 月 2 0 日

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立理由	総合事業サービスの場合 右欄に○をつけてください。
0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 センダイ ハナコ	令和 3 年 8 月	4 0 0 2	請求誤りによる実績取り下げ	
0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 センダイ ハナコ	令和 3 年 10 月	4 0 0 2	請求誤りによる実績取り下げ	
0 0 0 7 6 5 4 3 2 1 カイゴ イチロウ	令和 3 年 12 月	4 0 4 2	適正化による保険者申立の取下げ	○
	年 月			総合事業サービスの場合は ○印をつけてください。

申立事由コードはコード表を
参考にしてください。

- 1 本様式は、保険者ごとに作成して、当該保険者(市町村)の介護保険担当課(係)へ提出して下さい。
- 2 過誤調整を行わずに再請求されると重複請求となりますのでご注意ください。
- 3 申立事由コードは、別紙コード表により記入してください。
- 4 Hで始まる被保険者番号の過誤は保護課へお問い合わせください。

枚中

枚目