

【 記 入 例 】

事業所 → 保険者 → 連合会

過 誤 申 立 書

【再請求：有・無】

保険者名 (千 代 田 区) 御中

保険者番号 (1 3 1 0 1 1)

忘れずに、記入
して下さい。

申立年月日 年 月 日

事業所番号	
事業所名称	
担当者	
電話番号	
FAX 番号	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

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
1			平成 年 月	1 0 9 9	様式第二 東京都の指導検査のため
2			平成 年 月		
3					
4					
5			平成 年 月		
6			平成 年 月		
7			平成 年 月		
8			平成 年 月		
9			平成 年 月		
10			平成 年 月		

必ず、被保険者番号毎の、サービス提供月順に記入して下さい。

例：1 000000001 介護 太郎 平成 20 年 4 月
 2 000000001 介護 太郎 平成 20 年 5 月
 3 000000001 介護 太郎 平成 20 年 6 月
 4 000000002 介護 花子 平成 20 年 4 月
 5 000000002 介護 花子 平成 20 年 9 月

指導検査の場合は、
『〇〇99』
↓
様式番号をいれる
*別紙「過誤申立事由
コード」を参照して下さい。

様式番号と過誤申立の理由を記入して
下さい。

介護給付費明細書 1 枚につ
き、1 行記入して下さい。

- ※ 本帳票は、各事業所が記載したものを、保険者 → 連合会と経由します。
- ※ 「申立事由コード」については、別紙コード表を参考にして下さい。
- ※ 取下げをおこないたい給付明細書（訂正前の給付明細書）等のコピーを添付して下さい。