

過誤申立書(介護保険法)

世田谷区長あて

保険者番号 131128

申立年月日 令和 年 月 日

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

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		サービス提供年月	申立事由コード		申立事由	再請求 ある場合 ○を 記入	
											被保険者氏名			様式	申立理由			
1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	セタガヤ タロウ 世田谷 太郎	平成 令和	〇〇年 1 月			<input checked="" type="checkbox"/> 請求誤りのため (過少請求・過剰請求) <input type="checkbox"/> サービス実績がないため <input type="checkbox"/> その他 ()	○	
2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	キタザワ ハナコ 北沢 花子	平成 令和	〇年 1 月			<input type="checkbox"/> 請求誤りのため (過少請求・過剰請求) <input checked="" type="checkbox"/> サービス実績がないため <input type="checkbox"/> その他 ()		
3	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	キタザワ ハナコ 北沢 花子	平成 令和	〇〇年 2 月			<input type="checkbox"/> 請求誤りのため (過少請求・過剰請求) <input type="checkbox"/> サービス実績がないため <input type="checkbox"/> その他 ()	再請求がある場合○を記入してください。	
4	0	0	0	0	0	0	1	3	5	7	タマガワ カズオ 玉川 一夫	平成 令和	〇〇年 1 月			<input type="checkbox"/> 請求誤りのため (過少請求・過剰請求) <input type="checkbox"/> サービス実績がないため <input type="checkbox"/> その他 ()		
5	0	0	0	0	1	2	1	1	2	3	カラスヤマ フジヨ 鳥山 フジヨ	平成 令和	〇〇年 3 月			<input type="checkbox"/> 請求誤りのため (過少請求・過剰請求) <input type="checkbox"/> サービス実績がないため <input type="checkbox"/> その他 ()		
6												平成 令和	月			<input type="checkbox"/> 請求誤りのため (過少請求・過剰請求) <input type="checkbox"/> サービス実績がないため <input type="checkbox"/> その他 ()		
7	被保険者番号順→サービス提供 月順に記入してください										別紙の申立事由コード表を参考に記入してください。 【例】東京都の指導検査の場合 〇〇99 保険者から適正化を指導された場合 〇〇42 過少請求等の請求誤り 〇〇02						該当する事由にチェックをつけてください。 請求誤りの時は、過少請求、過剰請求にも ○をしてください。 その他は、必ず理由を記入してください。 【例】都の指導検査のため	
8																<input type="checkbox"/> その他 ()		
9												平成 令和	年 月			<input type="checkbox"/> 請求誤りのため (過少請求・過剰請求) <input type="checkbox"/> サービス実績がないため <input type="checkbox"/> その他 ()		
10												平成 令和	年 月			<input type="checkbox"/> 請求誤りのため (過少請求・過剰請求) <input type="checkbox"/> サービス実績がないため <input type="checkbox"/> その他 ()		

※ FAXでの受付はいたしません。
 ※ 返戻・保留になっていないことを確認して、ご提出ください。
 ※ Hで始まる被保険者番号の過誤は世田谷総合支所生活支援課医療・事務調整の扱いです。
 ※ 障害者自立支援法による介護給付・訓練等給付費の過誤は、障害施策推進課事業担当の扱いです。

保険者連絡先
 世田谷区役所介護保険課保険給付係(03-5432-2646)
 〒154-8504 東京都世田谷区世田谷4-21-27