

事業所 → 保険者

介護給付費 / 介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

該当する費目を○で囲む

新潟市長 様

| | |
|-------|--------------|
| 保険者番号 | 151001 |
| 保険者名 | 新潟市 |
| TEL | 025-226-1273 |

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

該当する歴を○で囲み、提出年月日を記入する。

1579999999

平成/西暦 30年4月1日

| | |
|------|--------------|
| 事業所名 | 〇〇事業所 |
| TEL | 025-000-0000 |

| 事業所番号 | 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 | 識別番号 | 申立理由 |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------|-------------|---------|----------------------|
| 1 5 7 9 9 9 9 9 9 9 9 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 ニイガタ タロウ | 平成29年11月 | 1 0 0 2 | 7 1 3 1 | 100,000 利用者負担割合相違のため |
| | | 平成29年12月 | 1 0 0 2 | 7 1 3 1 | 100,000 利用者負担割合相違のため |
| | | 平成30年1月 | 1 0 0 2 | 7 1 3 1 | 100,000 利用者負担割合相違のため |
| 1 5 7 9 9 9 9 9 9 9 9 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2 ニイガタ ハナコ | 平成30年2月 | 1 0 0 2 | 7 1 3 1 | 86,000 送迎加算漏れのため |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

事業者番号を記入する。異なる事業者の場合は別葉で提出する。

「申立事由コード」と「識別番号」は国保連HP等による一覧を参照する。

「金額」は「保険請求額」を記入する。「申立理由」は「請求誤りの原因となった内容」を記載する。