事業所 → 保険者(都城市)

年　月　日

記載例

介護給付費過誤申立依頼書

提出年月日を記入してください

保険者番号	452029
保険者名	都城市

様

どちらかに〇印をつけてください

同月過誤 ・ 通常過誤

※必ずどちらかに〇をつけること。

事業所番号	45〇〇〇〇〇〇
事業所名称	都城〇〇事業所
所在地	〒111-1111 都城市□□町△△番地
連絡先	1234(56)7890
担当者	

事業所印は不要です

担当者名を記入してください

下記の介護給付について、過誤申立を依頼します。

＊本様式を提出する際は、国保連合会の請求等をよく確認したうえて、提出してください。
＊本様式の申立事由欄については、過誤申立の理由を簡潔に記入してください。

被保険者番号	被保険者名	サービス提供年	サービス提供月	申立事由コード	申立事由	総合事業該当
1 2 3 4 5 6 7 8 0 0	介護　太郎	R2	04	1 0 0 2		〇

総合事業のサービスの場合は〇印をつけてください

介護給付費過誤申立事由コード一覧を参考にしてください。

過誤申立の理由を簡潔に記入してください。

例）
・請求誤りのため
・県の指導による返還