

記入例

保険者名 多摩市 宛
保険者番号 132241

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

過誤申立書 【再請求：有・無】

10桁の事業所番号、事業所名称など
必要事項をご記入ください。

事業所番号	1375999999 (10桁)
事業所名称	多摩居宅介護支援事業所
電話番号	042-375-8111
FAX番号	042-375-1200
担当者名	多摩一郎

申立年月日 7年 4月 1日

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	0 0 0 0 0 1 1 1 1 1										タマ タロウ 多摩 太郎	令和7年1月	1002	利用単位数の誤り (誤：337 ⇒ 正：254)
2	0 0 0 0 1 1 1 1 1										タマ タロウ 多摩 太郎	令和7年2月	1042	適正化による実績の取下
3	0 0 0 0 2 2 2 2 2										タマ ハナコ 多摩 花子	令和7年1月	1099	都指導による実績の取下
4														
	① 被保険者番号順 ②サービス提供年月の古い順 にご記入ください。										別紙を参照の上、過誤申立 コードをご記入ください。			申立事由をご記入ください。 請求誤りの場合は内容を具体的にご記入ください。

※毎月20日までにご提出ください。

※過誤申立書は個人情報を含みます。

郵送または窓口、電子申請にてご提出ください。

(FAX不可)