

事業所 → 保険者

再請求ありの場合は有、実績取下のみの場合は無、に○

記入例

過誤申立書

【再請求：有・無】

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。

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	1	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	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	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														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

- 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)