

事業所→保険者

年 月 日

介護給付費過誤依頼書

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤依頼書

(いずれかに☑を入れてください。)

伊予市長 様

(FAX 089-909-6335 (送付状不要))

通常過誤(当月15日締め切り)

同月過誤(前月末日締め切り)

(いずれかに☑を入れてください。)

事業所番号																			
事業所名																			
所在地	〒 -																		
連絡先	TEL																		
担当者名																			

下記の給付について、過誤申立を依頼申し上げます。

(枚中 枚目)

No.	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月日	依頼事由	再請求の有無 (利用者負担の増減)
1			年 月		有(増・減・同)・無
2			年 月		有(増・減・同)・無
3			年 月		有(増・減・同)・無
4			年 月		有(増・減・同)・無
5			年 月		有(増・減・同)・無
6			年 月		有(増・減・同)・無
7			年 月		有(増・減・同)・無
8			年 月		有(増・減・同)・無
9			年 月		有(増・減・同)・無
10			年 月		有(増・減・同)・無

- ※介護給付費と介護予防・日常生活支援総合事業費は分けて別の用紙でご提出ください。
- ※過誤依頼の受付は国保連合会の審査実績を確認できる請求月の翌月10日以降となります。
- ※国保連合会で審査中、返戻または保留の場合は、過誤依頼は行えません。
- ※同一審査月内に給付管理票の修正または取消がある場合、過誤依頼は行えません。
- ※過誤により、被保険者が受領済みの高額介護サービス費等の返金が生じる場合があります。精算手続きにご協力くださいますようお願いいたします。

<依頼事由(様式番号+理由番号)>下に主な様式番号、理由番号を記載しています。
 様式番号:10(居宅介護サービス、総合事業)、11(居宅介護予防サービス)、20(予防ケアマネジメント)、
 21・24(短期入所(介護・予防))、30・31(グループホーム(介護・予防))、32・33(特定施設(介護・予防))、
 40(居宅介護支援)、41(介護予防支援)、50(老人福祉施設)、60(老人保健施設)、70(介護療養型)
 理由番号:02(請求誤り)、12(請求誤り(同月過誤))