

文京区 介護給付費 過誤申立書
(国保連での審査が決定後に申立してください)

[保険者番号 131052]

文京区 介護保険課 給付係

TEL 03-5803-1388

申立日:

記入例

10 日

【再請求: (有) ・ 無】

過誤申立後の再請求の有無を記入してください

事業所名	文京介護給付サービス事業所										TEL	03-1234-5678										
											FAX	03-1234-5679										
事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	担当者名	春日 花子										
連絡欄	令和8年2月に再請求予定(同月過誤)																					

No.	被保険者番号										被保険者カナ氏名										サービス提供月		申立事由コード				申立理由
																							様式番号		申立理由番号		
1	0	0	0	0	9	8	7	6	5	4	ブンキョウ イチロウ	令和				1	0	0	2	加算算定誤り							
2	0	0	0									令和															
3	0	0	0																								
4	0	0	0																								
5	0	0	0									令和															
6	0	0	0																								
7	0	0	0									令和															
8	0	0	0									令和															
9	0	0	0																								
10	0	0	0																								

提出先

〒112-8555 文京区春日1丁目16番21号

文京シビックセンター9階南側

文京区 介護保険課給付係

・様式番号、申立理由をコード表により記入してください。

・介護と予防ではコードが異なりますのでご注意ください。