

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)

記入例

申立日: _____ 月 _____ 日

FAX 送信票 [保険者番号 131052]

文京区 介護保険課 給付係 行

TEL 03-5803-1388 / FAX 03-5803-1380

【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	文京 花子	
連絡欄	令和4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 3年	11月	1	0	0	2	加算算定誤り
2	0	0	0	0								令和 年	月					
3	0	0	0	0								令和 年	月					
4	0	0	0	0								令和 年	月					
5	0	0	0	0								令和 年	月					
6	0	0	0	0								令和 年	月					
7	0	0	0	0								令和 年	月					
8	0	0	0	0								令和 年	月					
9	0	0	0	0								令和 年	月					
10	0	0	0	0								令和 年	月					

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。