

介護給付費取下依頼書

保険者番号 215053

保険者名 八百津町 宛て

申請日

下記の介護給付費について、過誤を申し立てします。 年 月 日

※どちらかに○をつけてください(記入がない場合は通常過誤として取り扱います。)

1. 通常過誤

2. 同月過誤

事業者番号	
事業所名	
住所	〒
連絡先電話番号	
担当者	

番号	被保険者番号	フリガナ	サービス提供月	申立単位数	申立事由コード	申立事由
		被保険者氏名				
1			平成 年 月			<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取り下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取り下げ
2			平成 年 月			<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取り下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取り下げ
3			平成 年 月			<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取り下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取り下げ
4			平成 年 月			<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取り下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取り下げ
5			平成 年 月			<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取り下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取り下げ
6			平成 年 月			<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取り下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取り下げ
7			平成 年 月			<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取り下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取り下げ
8			平成 年 月			<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取り下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取り下げ

※本帳票は各事業所が記載したものを保険者→連合会と経由します。

※保険者では、本帳票をもとに「過誤申立情報(FD)」を作成します。

※連合会では本帳票をエラーチェック及び過誤決定通知書の突合に使用します。

保険者連絡先 電話番号 0574(43)2111内線2565
 担当者名 ()