

介護給付費過誤申立書 (請求誤りによる実績取下げ)

通常過誤

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

※ 複数人、複数月にわたる過誤申立の際には、サービス提供年月ごとではなく
被保険者ごとにまとめて被保険者番号順に記入してください。

保険者番号	2	8	2	0	3	8
保険者名	明石市					

事業所番号	被保険者番号 ※10桁でご記入ください						サービス提供年月	申立事由コード		申立事由		
	被保険者氏名 ※カタカナでご記入ください							(※)		(なるべく具体的に)		
							平成 令和	年	月	0	2	
							平成 令和	年	月	0	2	
							平成 令和	年	月	0	2	
							平成 令和	年	月	0	2	
							平成 令和	年	月	0	2	
							平成 令和	年	月	0	2	
							平成 令和	年	月	0	2	

事業者→保険者
明石市高齢者総合支援室課長 様

年 月 日 ☆提出期限:毎月15日(正午)

事業所名		代表者氏名	
所在地		担当者	
事業所番号		電話番号	

(*) 申立事由コード上2桁の凡例 介護給付費明細書の	
様式第二→「10」	様式第二の二→「11」
様式第三→「21」	様式第三の二→「24」
様式第四→「22」	様式第四の二→「25」
様式第四の三→「2A」	様式第四の四→「2B」
様式第五→「23」	様式第五の二→「26」
様式第六→「30」	様式第六の二→「31」
様式第六の三→「32」	様式第六の四→「33」
様式第六の五→「34」	様式第六の六→「35」
様式第六の七→「36」	様式第七の二→「41」
様式第七→「40」	
様式第八→「50」	様式第九の二→「61」
様式第九→「60」	様式第十→「70」