

介護給付費過誤申立依頼書

(あて先) 山 形 市 長

次のとおり、山形県国民健康保険団体連合会で審査支払決定済の介護給付費について、山形市から山形県国民健康保険団体連合会に過誤申立てを依頼します。

		届出年月日	年 月 日
届出事業所名		担当者名	
届出事業所 連絡先	〒 電話番号 ()		

対象被保険者	被保険者番号																			
	フリガナ													生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 生				
	氏 名																			
	住 所																			

過誤情報	サービス提供年月	年 月																		
	サービス提供事業所番号																			
	サービス提供事業所名																			
	事業種別	介護給付 ・ 予防給付 ・ 総合事業 (あてはまるものに○をつけてください)																		
	介護サービス種類																			

過誤申立の理由																		
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護給付費過誤申立依頼書

【提出期限】

- 毎月10日の2日前（土日祝日を含む場合は前倒し。）

（例：10日が金曜日→8日水曜日が期限、10日が日曜日→6日水曜日が期限、10日が月曜日→6日木曜日が期限）

【注意点】

- 過誤申立の対象となるのは、国保連合会で審査決定された請求（給付実績）です。（返戻・保留・審査中となっている請求は取り下げできません。）

- 過誤申立ができるのは、最短でサービス提供年月の翌々月下旬からです。

（例：R7.1 提供分は、R7.3 下旬から R7.4 の提出期限までの間に依頼書をご提出いただき、R7.4 に市が過誤処理をするのが最短です。この場合、再請求が可能なのも R7.4 以降です。）

		届出年月日	令和〇年 〇月 〇日
届出事業所名	〇〇介護事業所	担当者名	蔵王 花子
届出事業所 連絡先	〒990-△△△△ 山形市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話番号 023 (641) 1212		

対象被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6		
	フリガナ	ヤマガタ タロウ	生年月日	明治 大正 〇年〇月〇日 生 昭和
	氏名	山形 太郎		
	住所	山形市旅籠町二丁目3番25号		

過誤情報	サービス提供年月	20■■ 年 ■ 月									
	サービス提供事業所番号	0	6	9	8	7	6	5	4	3	2
	サービス提供事業所名	〇〇介護事業所									
	事業種別	介護給付 ・ 予防給付 ・ 総合事業 （あてはまるものに○をつけてください）									
	介護サービス種類	通所介護									

過誤申立の理由	〇〇加算の算定誤りのため 等
---------	----------------