

介護給付費過誤申立書 < 同月 ・ 通常 >

事業者→保険者

(請求誤りによる実績取り下げ)

(宛先)箕面市長

年 月 日

下記の者の介護報酬について、国民健康保険団体連合会に請求しましたが、下記理由により、請求に誤りがありましたので、介護給付費明細書等の返戻を国民健康保険団体連合会へ依頼していただきたくお願いします。

保険者番号	2	7	2	2	0	3							
事業所番号													
事業所名称													
所在地	〒 電話番号												
担当者名													

No.	被保険者番号		被保険者氏名										サービス提供年月	返戻申立明細書種類(*)		再請求	返戻申立理由	
	0	0																
	0	0											年	月			増額 同額 減額 なし	1. 請求誤りによる(02)() 2. その他(99) ()
	0	0											年	月			増額 同額 減額 なし	1. 請求誤りによる(02)() 2. その他(99) ()
	0	0											年	月			増額 同額 減額 なし	1. 請求誤りによる(02)() 2. その他(99) ()
	0	0											年	月			増額 同額 減額 なし	1. 請求誤りによる(02)() 2. その他(99) ()
	0	0											年	月			増額 同額 減額 なし	1. 請求誤りによる(02)() 2. その他(99) ()
	0	0											年	月			増額 同額 減額 なし	1. 請求誤りによる(02)() 2. その他(99) ()
	0	0											年	月			増額 同額 減額 なし	1. 請求誤りによる(02)() 2. その他(99) ()
	0	0											年	月			増額 同額 減額 なし	1. 請求誤りによる(02)() 2. その他(99) ()
	0	0											年	月			増額 同額 減額 なし	1. 請求誤りによる(02)() 2. その他(99) ()

注意：*返戻申立明細書種類には、大阪府国民健康保険団体連合会のホームページに掲載の過誤様式番号を参考に記入のこと
 【提出先】箕面市役所 市民部 介護・医療・年金室 介護保険担当 〒562-0003 箕面市西小路4-6-1 電話 072-724-6860 ファックス 072-724-6040