

介護給付費過誤申立書

(請求誤りによる実績取り下げ)

〈 同月 ・ 通常 〉

記入例

事業者→保険者

(宛先) 箕面市長

下記の者の介護報酬について
下記理由により、請求に誤りが発生した場合、
国民健康保険団体連合会へ依頼

通常過誤と同月過誤のどちらか
該当する方に○をつけてください。
 <提出する時期>
 通常過誤: 毎月12日まで
 同月過誤: 毎月25日まで
 <再請求する時期>
 通常過誤: 市に提出した翌月以降
 同月過誤: 市に提出した翌月10日まで

保険者番号	2 7 2 2 0 3
事業所番号	2 7 9 9 9 9 9 9 9 9
事業所名称	○△特別養護老人ホーム
所在地	〒 562-0003 箕面市西小路○-○-○ 電話番号 000-000-0000
担当者名	○○ ○○

No.	被保険者番号 被保険者氏名	提供年月	返戻申立明細書種類(*)	再請求	返戻申立理由
1	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 ミノオ タロウ	2021年 4月 5 0	介護老人福祉施設	増額 同額 減額 なし	1. 請求誤りによる(02)(日数誤り 30日→20日) 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) ()

いずれかに○をつけてください。

請求誤りの内容を記入してください。

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