

介護給付費過誤申立書

(宛先)

秦野市長

令和 年 月 日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

なお、当該事業所の請求誤り等で当月支払い額が過誤調整額を下回った場合においては、神奈川県国民健康保険団体連合会または当該事業所の所在する国民健康保険団体連合会が発行する納入通知により、差額調整を行うこととします。

保険者番号	1	4	2	1	1	7	記載例				
事業所番号	0	0	0	1	2	3					
事業所名称	秦野サービス事業所										
所在地	秦野市〇〇町△-△-△										
連絡先電話番号	0 4 6 3 - 1 2 - 3 4 5 6										
担当者名	秦野 太郎										

No.	被保険者番号										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															
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	令和 2 4 年 1 月	1	0	0	2	請求誤りによる実績取下げ
	秦野 太郎										令和 年 月					「申立事由コード」は、別添のコード一覧表を参考にしてください。
											令和 年 月					
	提出については、窓口、郵送、メール及びファックスで提出してください。										年 月					
											年 月					
											令和 年 月					使用しているプリンタにより、プリントアウトする際、余白の修正等が必要になると思われますが、項目等の幅等はオリジナルと違っていても結構です(必要項目が揃っていれば可)。
											令和 年 月					
											令和 年 月					
											令和 年 月					