

事業所 → 保険者

介護給付費明細書過誤調整依頼書

記載例

保険者番号	4	6	2	0	1	0
保険者名	鹿児島市					

様

同月過誤

通常過誤

(必ず、どちらかに○印をつけること。)

必ず、同月過誤か通常過誤に○印をつけてください。

事業所番号	4	6	7	9	9	9	9	9	9
事業所名称	鹿児島△△事業所								
事業所所在地	〒 111-1111 鹿児島市〇〇町△△番地								
連絡先(電話番号)	099-111-1111								

担当者印

〇〇

既に支払決定を受けております介護給付費明細書について、下記サービス利用者分の過誤調

問い合わせ先の番号を記載してください。

令和 4 年 1 2 月 1 日

総合事業のサービスの場合には○印をつけてください。

※総合事業分の過誤調整依頼書は、介護分の依頼書と分けて作成してください。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立理由	総合事業サービスの場合 右欄に○をつけること↓
0 0 0 0 0 1 1 1 1 1	介護 太郎	R4.9	1 0 4 2	<p>申立事由コードはコード表を参考にしてください。</p> <p>例) 請求誤り …下二桁が02 請求誤り(同月)…下二桁が12 市からの指導 …下二桁が42 市からの指導(同月) …下二桁が49</p>	
3 6 5 0 0 9 9 9 9 9	介護 ハナコ	R4.9	1 0 4 2		
0 0 0 0 0 1 1 1 1 1	介護 太郎	R4.10	1 0 4 2		
3 6 5 0 0 9 9 9 9 9	介護 ハナコ	R4.10	1 0 4 2		

記載は、

- ①サービス提供年月(古い月から)
- ②被保険者番号(数字の小さい順)の順でお願いいたします。

該保険者(市町村)の介護保険担当課(係)へ提出してください。重複請求となりますのでご注意ください。併記入してください。

過誤申立の理由を簡潔に記入してください。

- 例)
- ・市の指導による返還
 - ・単位数の記入誤り
 - ・公費の請求もれ