

介護給付費過誤依頼書

砥部町長 殿

年 月 日

- 通常過誤(当月15日締め切り)
 同月過誤(前月末日締め切り)
 (いずれかにを入れてください。)

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	
担当者名	

下記の介護給付費について、過誤申立を依頼します。

					枚中	枚目
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	依頼事由	過誤申立後、再請求するか否か (再請求後の利用者負担額の増減)		
1		年 月		する(増・減・変更なし)・しない		
2		年 月		する(増・減・変更なし)・しない		
3		年 月		する(増・減・変更なし)・しない		
4		年 月		する(増・減・変更なし)・しない		
5		年 月		する(増・減・変更なし)・しない		
6		年 月		する(増・減・変更なし)・しない		
7		年 月		する(増・減・変更なし)・しない		
8		年 月		する(増・減・変更なし)・しない		

- *過誤依頼の受付は国保連合会の審査実績を確認できる請求月の翌月10日以降となります。
 *国保連合会で審査中、返戻または保留の場合は、過誤依頼は行えません。
 *過誤により、被保険者が受領済みの高額介護サービス費等の返金が生じる場合があります。
 精算手続きにご協力くださいますようお願いいたします。

FAX:089-962-6820
 (送付状不要)