

事業所 → 保険者

### 記載例

## 介護給付費明細書過誤調整依頼書

保険者番号	4	6	2	0	8	5
保険者名	出水市					

事業所番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
事業所名称	出水介護事業所									
事業所所在地	〒 899-0201									
	出水市緑町1番3号									
連絡先(電話番号)	0996-63-2111									

( 同月過誤 ・ 通常過誤 )

同月過誤または通常過誤の希望する方を  
○で囲んでください。

担当者様の印鑑を押してください。  
(シャチハタ不可。)

担当者印

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整を依頼します。

平成29年6月16日

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	申立事由
2 2 2 2 2 2 2 2 2 出水 太郎	平成29年4月	1 0 1 2	公費の請求もれ
	平成 年 月		

申立事由コードを参照してください。  
介護と介護予防では、申立事由  
コードが異なるため、確認してく  
ださい。

過誤申立の理由を簡単に記入してください。  
(例)  
・ 県(市)指導監査による返還  
・ 単位数の記入もれ  
・ 公費の請求もれ

- 1 本様式は、保険者ごとに作成して、当該保険者(市町村)の介護保険担当課(係)へ提出してください。
- 2 過誤調整を行わずに再請求されると重複請求になりますのでご注意ください。
- 3 申立事由コードは、別紙コード表により記入してください。