

介護給付費過誤申立書

記入例

(あて先)
綾瀬市長

| | | | |
|------|-------------------------|------|----|
| 事業所名 | ○ × 事業所 | | |
| 所在地 | 〒252-1192 綾瀬市早川550番地 | | |
| 連絡先 | (Tel) 0467-77-1111 | (担当) | ○○ |

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。 ○○年 ○月 ○日

| 事業所番号 | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

| 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 |
|------------|----------|-------------|---|
| 0000111111 | 令和○○年 ○月 | 1002 | (請求誤り等) |
| 綾瀬 太郎 | 年 月 | | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 左2桁：様式番号のコードを記載 右2桁：申立事由のコードを記載 ※各コードについては別掲の過誤申立コード一覧表をご覧ください。 </div> |
| | 年 月 | | |
| | 年 月 | | |
| | 年 月 | | |
| | 年 月 | | |
| | 年 月 | | |
| | 年 月 | | |
| | 年 月 | | |
| | 年 月 | | |
| | 年 月 | | |

※支払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が発行する納入通知書により差額をお支払いいただく場合があります。