

事業所 → 三条市

(通常) / (同月)

※同月過誤希望の場合は提出前に保険者に連絡ください

介護給付費 / 介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

保険者番号 1 5 2 0 4 1
 保険者名 新潟県三条市
 ☎ 0256(34)5476

事業所番号 1 5 7 ● ● ● ● ● ● ● ●
 事業所名 ★★★★★
 ☎ 0256-〇〇-〇〇〇〇

(宛先) 三 条 市

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。 令和〇年〇月〇日

▶ 人別かつ年月日順に記入してください
介護給付費と介護予防・日常生活支援総合事業費は別業にしてください

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立理由 コード	識 別 番 号	上 : 過誤前保険請求額		申 立 理 由
					下 : 過誤後保険請求額		
1 5 7 ● ● ● ● ● ● ● ●	0 0 0 0 0 ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ サンジョウ タロウ	令和 〇年 〇月	1 0 0 2	7 1 3 1	¥ 2 3 4 7 4	¥ 2 2 2 0 7	加算の請求誤りにより取下げ
1 5 7 ● ● ● ● ● ● ● ●	0 0 0 0 0 ■ ■ ■ ■ ■ サンジョウ ハナコ	令和 〇年 〇月	1 0 0 2	7 1 3 1	¥ 2 3 4 7 4	¥ 2 2 2 0 7	加算の請求誤りにより取下げ
		年 月			¥		
		年 月			¥		
		年 月			¥		
		年 月			¥		
		年 月			¥		
		年 月			¥		
		年 月			¥		

申立理由コード及び識別番号は国保連ホームページの過誤申立事由コード一覧を確認して記入してください。

過誤申立後に再請求をする場合は過誤前保険給付額と過誤後給付額を記載ください。

注：過誤調整の結果、過誤による取下げ額が当月の審査決定額を上回り、支払額がマイナスとなった場合には、国保連合会より介護給付費の返納依頼を送付いたします。なお、過誤申立書の提出をもって、当該処理に同意いただいたものとして取り扱わせていただきます。詳しくは三条市にお問合せください。