

過誤申立書

【再請求：□有(減額・増額・その他) □無】

西東京市健康福祉部
 高齢者支援課 介護指導給付係行
 FAX 番号 042-420-2894
 (保険者番号 132290)

再請求の有無をチェックをしてください。
 再請求をする場合、減額・増額・その他のいずれかに丸をしてください。

| | |
|-------|-----------------|
| 依頼日 | 令和 年 月 日 |
| 事業所名 | 事業者情報を記入してください。 |
| 事業所名 | |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |
| 担当者名 | |

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

| 被保険者番号 | フリガナ | | サービス提供年月 | サービス種類名 (例 訪問介護) | 申立事由 | 保険者記入欄 | | |
|------------|------------|--------|------------|---|---------|---------|----|----|
| | 被保険者氏名 | 被保険者氏名 | | | | 申立事由コード | 実績 | 入力 |
| 1234567890 | ニシウキョウ タロウ | 西東京 太郎 | 令和 2 年 1 月 | 訪問介護 | 請求誤りのため | | | |
| 1234567890 | ニシウキョウ タロウ | 西東京 太郎 | 令和 2 年 2 月 | 訪問介護 | 請求誤りのため | | | |
| 1234567891 | ニシウキョウ ハナコ | 西東京 花子 | 令和 2 年 1 月 | ①被保険者番号、氏名、サービス提供月を記入してください。 提供月ひと月につき、1レコード(1行)で記載してください。 ②取り下げたいサービス種類名を記入してください。 【例】訪問介護、介護老人保健施設など ③申立事由を記入してください。 請求誤りのためなど | | | | |
| 1234567891 | ニシウキョウ ハナコ | 西東京 花子 | 令和 2 年 2 月 | | | | | |
| | | | 年 | | | | | |
| | | | 年 月 | | | | | |

保険者記載欄です。
 記入しないでください。

※被保険者番号順に記入してください。一人の被保険者につき、複数月ある場合は、サービス提供年月順に記入してください。
 ※サービス種類名は正しく記入してください。