

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 042-438-2024
 (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	平成 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。

記

被保険者番号	フリガナ 被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類名 (例 訪問介護)	申立事由
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年	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	
		平成 年		
		平成 年		
		平成 年 月		

保険者記入欄		
申立事由コード	実績	入力
保険者記載欄です。 記入しないでください。		