

介護給付費過誤申立書提出依頼

赤磐市長 殿

下記の介護給付について、岡山県国民健康保険団体連合会あて過誤申立を依頼します。

年 月 日

事業所番号	
事業者名 所在地 連絡先 (電話番号)	
過誤処理 希望月	月 通常過誤 ・ 同月過誤 ※○をつけてください

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	サービス費の明細書の名称	申立理由（具体的に）
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

※具体的な過誤申立の理由
例) 初回加算の請求がもれていた為 例) 人員欠如による減算請求をしなかった為 例) 特定疾患の公費分を請求しなかった為