

事業所 → 保険者 → 連合会

過誤申立書

保険者名
(昭島市 132076)宛

申立年月日 平成 30 年 4 月 20 日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業所番号	1374000000
事業所名称	デイサービス〇〇
電話番号	042-544-5111
FAX番号	042-546-8855
担当者名	〇〇

番号	被保険者番号										フリガナ 被保険者氏名	サービス提供月	申立事由 コード	申立事由	総合 事業
	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6					
1	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	アキシマ タロウ 昭島 太郎	平成 30 年 1 月	1042	市の実地指導の為	
2	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	アキシマ タロウ 昭島 太郎	平成 30 年 2 月	1042	市の実地指導の為	
3	0	0	0	0	7	8	9	1	0	1	カイゴ ハナコ 介護 花子	平成 30 年 1 月	1002	請求誤りの為	○
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

同一被保険者の過誤を複数月にわたって行う場合は、人毎に続けて記載してください。

申立事由コードは、別紙過誤申立コードについてをご確認ください。

総合事業の場合は○を記載して下さい。

- ※ 総合事業の場合は、「総合事業欄」に○を記入してください。
- ※ 本帳票は各事業所が記載したものを保険者→連合会と経由します。
- ※ 保険者では、本帳票をもとに「過誤申立情報 (FD)」を作成します。
- ※ 連合会では本帳票をエラーチェック及び過誤決定通知書の突合に使用します。

保険者：昭島市 電話番号 (042-544-5111 内2146)
担当者名 ()