

過誤申立書

保険者番号 1 3 2 2 5 8

保険者名 稲城市

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

申立年月日 年 月 日

※複数人・複数月の過誤申し立てをする場合には、被保険者ごとにサービス提供月を続けて記入すること

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 (年 月)		申立事由コード (4桁)	申立事由
							年	月		
1	0	0	0	0						
2	0	0	0	0						
3	0	0	0	0						
4	0	0	0	0						
5	0	0	0	0						
6	0	0	0	0						
7	0	0	0	0						
8	0	0	0	0						
9	0	0	0	0						
10	0	0	0	0						

※本帳票は各事業者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。
 ※連合会では保険者から提出される本帳票をもとに事業所からの再請求の確認をします。