

介護予防・日常生活支援総合事業費請求取下げ依頼書 (過誤申立書)

記入例

美濃加茂市長 藤井 浩人 あて

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	() -
FAX番号	() -
担当者名	

下記の介護予防・日常

被保険者番号順、同一被保険者
で複数月ある場合は、サービス提
供月順に記載してください。

取下げします。

年月日: 年 月 日

該当する申立事由に
チェックを入れます。

番号	被保険者番号					被保険者氏名	サービス提供月	申立事由コード		申立事由
1	1	1	0	0	0		年 月			<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
2	1	1	0	0	0		年 月			<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による
3	1	1	0	0	0		年 月			4桁の数字のうち、上2桁はサービスの種類を表します。次のいずれかを記入してください。 10...訪問型サービス費、通所型サービス費、 その他の生活支援サービス費 20...介護予防ケアマネジメント費
4	1	1	0	0	0		年 月			
5	1	1	0	0	0		年 月			4桁の数字のうち、下2桁は申立事由の種類を表します。次のいずれかを記入してください。 02...請求誤りによる実績取り下げ 99...その他の事由による実績取り下げ 42...適正化による保険者申立の過誤取り下げ
6	1	1	0	0	0		年 月			
7	1	1	0	0	0		年 月			<input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ
8	1	1	0	0	0		年 月			<input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
9	1	1	0	0	0		年 月			<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
10	1	1	0	0	0		年 月			<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ

※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。

※市では、この帳票をもとに過誤申立情報を作成し、岐阜県国民健康保険団体連合会に提出します。

保険者連絡先 電話番号 0574-25-2111