

事業所 → 保険者

介護給付費明細書過誤調整依頼書

(同月過誤 ・ 通常過誤)

保険者番号	4	6	2	1	4	3
保険者名	垂水市					

様

事業所番号	4	6	2	1	4	0	0	0	0	1
事業所名称	小規模多機能ホーム〇〇									
事業所所在地	〒	8	9	1	-	2	1	9	2	
	垂水市上町114番地									
連絡先(電話番号)	0994-32-1111									

担当者印
印

既に支払決定を受けております介護給付費明細書について、下記サービス利用者分の過誤調整を依頼します。

令和 3年 5月 10日

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立理由	総合事業サービスの場合 右欄に○をつけること ↓
2 1 4 0 9 9 9 9 9 垂水 太郎	年 月	1 0 1 2	要介護2に請求すべきものを要介護1で請求していたため。	
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			

申立理由は「請求誤りによるもの」
だけ記入するのではなく、具体的な理
由を記入してください。

- 1 本様式は、保険者ごとに作成して、当該保険者(市町村)の介護保険担当課(係)へ提出してください。
- 2 過誤調整を行わずに再請求されると重複請求となりますのでご注意ください。
- 3 申立事由コードは、別紙コード表により記入してください。

1 枚中 1 枚目