

介護給付費過誤申立書

記入例

事業者＝保険者

介護給付費過誤申立書

(保険者) 沖縄県介護保険広域連合長 殿

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

令和 ○年 ○月 ○日

事業所番号	* * * * *
事業所名称	* * * * *
所在地	〒 000-0000 〇〇県△△市◇◇***-**
連絡先	電話番号 * * * - * * * * 担当者名 ※※

事業所印の押印は不要です。
連絡先には、必ず電話番号と担当者氏名
を記入してください。

注意点

- ① サービス提供年月は1か月につき1行
を使用してください。
- ② 複数人まとめて申立を行う場合は、被
保険者ごとにサービス提供月の順に記入
してください。また、被保険者番号は若
い順に記入してください。

例 0001112222 コウキジロウ R2. 7月
0001112222 コウキジロウ R2. 8月
0001233333 カゴタロウ R2. 10月

対象者の被保険者証に記載され
ている証記載保険者番号を記入
してください。

申立事由コード 左(サービス内容(様式番号) 右(申立理由番号)
コードを設定する際には、「様式番号」2ケタと「申立理由」2ケタを組み合わせて表します。様式番
号と申立理由のコード一覧は次の通り。

申立事由
給付実績取り下げ理由を具体的に記
入してください。

訪問介護サービスコード誤りの為実績取り下げ
誤 ***** → 正 *****へ

介護予防訪問介護サービスコード誤りの為実績取り下げ
誤 ***** → 正 *****へ

様式番号			
介護サービス		予防サービス	
様式番号	サービス内容	様式番号	サービス内容
10	(訪問介護／訪問入浴介護／訪問看護／訪問リハ／居宅療養管理指導／通所介護／通所リハ／福祉用具貸与／定期巡回・随時対応型訪問介護看護／夜間対応型訪問介護／地域密着型通所介護／認知症対応型通所介護／小規模多機能型居宅介護／複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護))	11	(介護予防訪問介護／介護予防訪問入浴介護／介護予防訪問看護／介護予防訪問リハ／介護予防居宅療養管理指導／介護予防通所介護／介護予防通所リハ／介護予防福祉用具貸与／介護予防認知症対応型通所介護／介護予防小規模多機能型居宅介護)
21	(短期入所生活介護)	24	(介護予防短期入所生活介護)
22	(介護老人保健施設における短期入所療養介護)	25	(介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)
23	(病院又は診療所における短期入所療養介護)	26	(病院又は診療所における介護予防短期入所療養介護)
2A	(介護医療院における短期入所療養介護)	2B	(介護医療院における介護予防短期入所療養介護)
30	(認知症対応型共同生活介護)	31	(介護予防認知症対応型共同生活介護)
32	(特定施設入居者生活介護／地域密着型特定施設入居者介護)	33	(介護予防特定施設入居者生活介護)
34	(認知症対応型共同生活介護(短期利用型))	35	(介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型))
36	(特定施設入居者生活介護(短期利用型)・地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型))	41	(介護予防支援)
40	(居宅介護支援)		
50	(介護老人福祉施設／地域密着型介護老人福祉施設)		
60	(介護老人保健施設)		
61	(介護医療院)		
70	(介護療養型医療施設)		

※請求明細書の様式番号とは異なることに留意すること。

申立理由番号	
申立理由番号	申立理由
01	台帳誤り修正による保険者からの過誤調整 (サービス事業所での使用はありません)
02	請求誤りによる実績取り下げ
12	請求誤りによる実績取り下げ(同月)
49	適正化(その他)による保険者申立の過誤取 下げ(同月)
4A	適正化(ケアプラン点検)による保険者申立の 過誤取下げ(同月)
4B	適正化(介護給付費通知)による保険者申立の 過誤取下げ(同月)
4C	適正化(医療実合)による保険者申立の過誤 取下げ(同月)
4D	適正化(縦覧点検)による保険者申立の過誤 取下げ(同月)
4E	適正化(給付実績を活用した情報提供)によ る保険者申立の過誤取下げ(同月)
99	その他の事由による実績の取り下げ