

事業所 → 保険者

介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立書

(保険者) 沖縄県介護保険広域連合長 様

記入例

事業所番号	4	7	9	9	9	0	0	0	0	0
事業所名称	デイサービス広域連合									
所在地	〒904-0398 沖縄県中頭郡読谷村比謝町55番地									
連絡先	TEL 098-911-7502 (担当者名) 介護 太郎									

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。

令和 元 年 7 月 2 0 日

証記載保険者番号	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	申立事由
4 7 9 9 9 9	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 介護 花子	令和 元 年 5 月	1 0 0 2	請求誤りによる実績取下げ
4 7		年 月	1 0	
4 7		年 月	1 0	
4 7		年 月	1 0	
4 7		年 月	1 0	
4 7		年 月	1 0	
4 7		年 月	1 0	
4 7		年 月	1 0	
4 7		年 月	1 0	
4 7		年 月	1 0	
4 7		年 月	1 0	
4 7		年 月	1 0	

【申立事由コード】

- 02 請求誤りによる実績の取り下げ
- 42 適正化による保険者申立ての実績取り下げ
- 99 その他

※ 請求誤りが判明したときは、審査年月の翌月に国保連合会から送付される介護予防・日常生活支援総合事業請求明細書返戻（保留）一覧表を参照し、記載のないことを確認してから過誤申立を行ってください。
※ 提出期限は毎月20日です。（20日が閉庁日の場合は前閉庁日）