

介護給付費過誤申立依頼書

玉村町長 様

事業所番号	100000000
事業所名	デイサービス玉村町役場
電話番号	0000-00-0000
担当者名	玉村 町子

※10桁の番号を記載してください
 ※正式名称を記載してください
 ※担当者に直接繋がる番号を記載してください

下記の介護給付費について、過誤申し立てを依頼いたします。

通常過誤

同月過誤

国保連合会の了承（同月過誤の場合）

令和7年 2月 1日

被保険者番号	被保険者カナ氏名	サービス提供年月	請求	再請求	差引	申立事由		備考	
			単位数	単位数	単位数	様式番号	申立事由番号		理由
001000000	ガンマ ケイイチ	R 6. 8	6588	7787	1199	10	12	同月過誤請求誤りによる実績取 下げ	●●加算算定漏れ
001000000	ガンマ ケイイチ	R 6. 9	6808	8047	1239	10	12	同月過誤請求誤りによる実績取 下げ	●●加算算定漏れ
001000000	ガンマ ケイイチ	R 6. 10	6808	8047	1239	10	12	同月過誤請求誤りによる実績取 下げ	●●加算算定漏れ
002000000	サワ グンタ	R 6. 10	6588	7787	1199	10	12	同月過誤請求誤りによる実績取 下げ	●●加算算定漏れ
003000000	ケンコウ フク	R 6. 8	6588	7787	1199	10	12	同月過誤請求誤りによる実績取 下げ	●●加算算定漏れ
003000000	ケンコウ フク	R 6. 9	4612	5451	839	10	12	同月過誤請求誤りによる実績取 下げ	●●加算算定漏れ

複数人かつ複数月分を記入する場合は、被保険者番号順（利用者ごと）で、続いてサービス提供年月順に記載してください。

対象者のその月の全ての請求単位数を記載してください。

様式番号・申立事由番号は別紙「過誤申立事由コード一覧表」を確認してください。
 理由は申立事由番号を選択すると自動で入力されます。
 申立事由がわからない（該当がないと思われる）場合は、備考欄に申立理由を記載してください。