介護給付費 過誤申立依頼書

通常過誤用

（あて先）千葉市　　区長

保険者番号	1	2	1	0		

提出日	令和　　年　　月　　日

下記の介護給付費請求について、過誤の申立てを依頼します。

事業所番号	
事業所名 担当者名 電話番号	

（取下内容）

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類名	申立事由コード	申立事由（〇をつけ下段に内容を記載）	保険者処理欄
100		令和　　年　　月			請求誤り等　市適正化（医療突合・縦覧点検）市県指導監査	
100		令和　　年　　月			請求誤り等　市適正化（医療突合・縦覧点検）市県指導監査	
100		令和　　年　　月			請求誤り等　市適正化（医療突合・縦覧点検）市県指導監査	
100		令和　　年　　月			請求誤り等　市適正化（医療突合・縦覧点検）市県指導監査	
100		令和　　年　　月			請求誤り等　市適正化（医療突合・縦覧点検）市県指導監査	
100		令和　　年　　月			請求誤り等　市適正化（医療突合・縦覧点検）市県指導監査	
100		令和　　年　　月			請求誤り等　市適正化（医療突合・縦覧点検）市県指導監査	
100		令和　　年　　月			請求誤り等　市適正化（医療突合・縦覧点検）市県指導監査	
100		令和　　年　　月			請求誤り等　市適正化（医療突合・縦覧点検）市県指導監査	
100		令和　　年　　月			請求誤り等　市適正化（医療突合・縦覧点検）市県指導監査	

※この用紙は、給付実績の取下げを目的として、「通常過誤」を申し立てるためのものです。 毎月14日までに各区の保健福祉センター 介護保険室に提出してください。
　その後、国保連合会から過誤決定通知書が届いたら、正しい内容で再請求をしてください。
※一度に大量の過誤調整を要する、多額で事業所運営に支障をきたす恐れがある等の理由により、「同月過誤」（別様式）を希望する場合は、事前に千葉市介護保険課と協議が必要です。

介護給付費 過誤申立依頼書

同月過誤用

（あて先）千葉市　　区長

保険者番号	1	2	1	0		

提出日	令和　　年　　月　　日
再請求日	令和　　年　　月　　日（予定）

※提出日の翌月10日までに再請求してください。

下記の介護給付費請求について、過誤の申立てを依頼します。

事業所番号										
事業所名 担当者名 電話番号										

（取下内容）

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類名	申立事由コード	申立事由（〇をつけ下段に内容を記載）	保険者処理欄
1 0 0		令和　　年　　月			請求誤り等　　市や県による指導監査	
1 0 0		令和　　年　　月			請求誤り等　　市や県による指導監査	
1 0 0		令和　　年　　月			請求誤り等　　市や県による指導監査	
1 0 0		令和　　年　　月			請求誤り等　　市や県による指導監査	
1 0 0		令和　　年　　月			請求誤り等　　市や県による指導監査	
1 0 0		令和　　年　　月			請求誤り等　　市や県による指導監査	
1 0 0		令和　　年　　月			請求誤り等　　市や県による指導監査	
1 0 0		令和　　年　　月			請求誤り等　　市や県による指導監査	
1 0 0		令和　　年　　月			請求誤り等　　市や県による指導監査	
1 0 0		令和　　年　　月			請求誤り等　　市や県による指導監査	

※この用紙は、給付実績の取下げを目的として、「同月過誤」を申し立てるためのものです。「通常過誤」の申立てにこの用紙は使わないでください。

※同月過誤は、一度に大量の過誤調整が必要な場合や多額の過誤調整で事業所運営に支障をきたす恐れのある場合に限られ、事前に千葉市介護保険課（及び国保連合会）と協議が必要です。（認められた場合は、この用紙に記入のうえ、再請求予定月の前月25日までに各区の保健福祉センター 介護保険室に提出してください。）