

年 月 日

記載例

保険者番号	452029	様
保険者名	都城市	

同月過誤・通常過誤

※必ずどちらかに○をつけること。

提出年月日を記入してください

事業所番号	45000000
事業所名称	都城〇〇事業所
所在地	都城市□□町△△番地
連絡先	1234(56)7890
担当者	担当者名を記入し

事業所印は不要です

担当者名を記入してください

総合事業のサービスの場合は○印をつけてください

* 本様式を提出する際は、国保連合会の請求等をよく確認したうえで、提出してください。

* 本様式の申立事由欄については、過誤申立の理由を簡潔に記入してください。

[illegible]

介護給付費過誤申立事由コード
一覧を参考にしてください。

過誤申立の理由を簡潔に記入してください。

例)

- ・請求誤りのため
- ・県の指導による返還