

# 過 誤 申 立 書

(あて先) 中央区長  
(保険者番号) 131029

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

被保険者番号順・サービス提供月順  
に記入してください。

過誤申し立ての理由を記入してください。  
例：請求誤りによる実績取り下げ  
都の指導検査のため等

申立年月日 年 月 日

ページ数を記入してください。  
(ページ番号 / 総ページ数)

【再請求：有 無】

①	事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
②	事業所名称	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
③	電話番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
④	FAX番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
⑤	担当者名	〇〇 〇〇

番号	⑥ 被保険者番号										⑦ フリガナ 被保険者氏名	⑧ サービス提供月	⑨ 申立事由コード				⑩ 申立理由				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	フリガナ 被保険者氏名	R	年	月	1	0		0	2		
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	チュウオウ タロウ 中央 太郎	R	5	年	2	月	1	0	0	2	請求誤りによる実績取り下げ
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	チュウオウ タロウ 中央 太郎	R	5	年	3	月	1	0	0	2	請求誤りによる実績取り下げ
3	1	3	4	5	6	7	8	9	0	2	トウキョウ ハナコ 東京 花子	R	5	年	2	月	1	0	0	2	請求誤りによる実績取り下げ
4												R		年		月					
5												R		年		月					
6												R		年		月					
7												R		年		月					
												R		年		月					
												R		年		月					

《申立書の記入項目》

- ①事業所番号      ②事業所名称      ③事業所電話番号
- ④事業所FAX番号      ⑤事業所担当者      ⑥被保険者番号
- ⑦被保険者氏名      ⑧サービス提供月      ⑨申立事由コード
- ⑩申立事由

- ※ 本帳票は各事業所が記載したものを保険者→連合会と経由します。
- ※ 保険者では、本帳票をもとに「過誤申立情報（FD）」を作成します。
- ※ 連合会では保険者から提出される本帳票をもとに事業所からの再請求の確認をします。

【問合せ先】  
中央区福祉保健部介護保険課事業者支援給付係  
03-3546-5377（直通）