

ご提出は郵送または窓口へ(個人情報のためFAX不可)

# 介護給付費 過誤申立書

保険者名：江東区(介護保険)  
保険者番号：131086

事業所番号														
事業所名称														
電話番号														
担当者名														
申立年月日														

以下の介護給付費について、過誤を申し立てます。

No.	被保険者番号										フリガナ		サービス提供年月	申立事由コード		サービスの種類	申立事由 (該当する事由にチェックや○をつけてください)	再請求
	被保険者氏名		様式	申立理由														
1	0	0	0										令和 年 月 ～ 年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤り・被保険者情報の変更による実績の取下げ <input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他...	有・無
2	0	0	0										令和 年 月 ～ 年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤り・被保険者情報の変更による実績の取下げ <input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他...	有・無
3	0	0	0										令和 年 月 ～ 年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤り・被保険者情報の変更による実績の取下げ <input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他...	有・無
4	0	0	0										令和 年 月 ～ 年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤り・被保険者情報の変更による実績の取下げ <input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他...	有・無
5	0	0	0										令和 年 月 ～ 年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤り・被保険者情報の変更による実績の取下げ <input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他...	有・無
6	0	0	0										令和 年 月 ～ 年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤り・被保険者情報の変更による実績の取下げ <input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他...	有・無
7	0	0	0										令和 年 月 ～ 年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤り・被保険者情報の変更による実績の取下げ <input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他...	有・無
8	0	0	0										令和 年 月 ～ 年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤り・被保険者情報の変更による実績の取下げ <input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他...	有・無
9	0	0	0										令和 年 月 ～ 年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤り・被保険者情報の変更による実績の取下げ <input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他...	有・無
10	0	0	0										令和 年 月 ～ 年 月				<input type="checkbox"/> 請求誤り・被保険者情報の変更による実績の取下げ <input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ <input type="checkbox"/> その他...	有・無

※ 申立書は被保険者番号の小さい方から順に作成してください。  
 ※ 毎月20日(休庁日の場合は直前の開庁日)が締切です。締切後にご提出されたものは翌月の処理となります。  
 ※ 通常、サービス提供月の2か月後から申立が可能です。国保連合会で返戻・保留になっていないことを確認のうえご提出ください。  
 ※ ひと月に50件以上過誤申立を行う場合は、事前に提出日についてご相談ください。  
 ※ Hで始まる被保険者番号の過誤は管轄の福祉事務所へ、障害サービスの過誤は障害者支援課へご提出ください。

問い合わせ先  
 〒135-8383 東京都江東区東陽4-11-28  
 江東区福祉部介護保険課給付係 TEL 03-3647-9498(直通)