

ご提出は郵送または窓口へ(個人情報のためFAX不可)

保険者名：江東区(介護保険)  
 保険者番号：131086

# 記入例

※必ず郵便か窓口でご提出ください

## 過誤申立書

●事業所番号ごとに作成してください

事業所番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
事業所名称	〇〇介護サービス									
電話番号	03-3647-9111									
担当者名	〇〇									
申立年月日	令和6年8月8日									

以下の介護給付費について、過誤を申し立てます。

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)	再請求の有無
	被保険者氏名	様式		申立理由				
1 0 0 0 5 0 0 0 1 2 3	トウヨウ サクラ 東陽 さくら	令和 5 年 6 月	1 0 0 2		訪問介護	<input checked="" 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 7 0 0 0 8 9 0	トウヨウ サクラ 砂町 みどり	令和 5 年 5 月	1 0 0 2		訪問介護	<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 checked="" 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				<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	
						<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	
						<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				<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				<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				<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				<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				<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	

●被保険者番号の小さい順に記入してください

●別紙の申立事由コード一覧を参照のうえ記入してください

●様式番号は要介護者と要支援者で異なります

※ 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)