福祉事務所　→　連合会

介護給付費過誤申立書

保険者番号		公費負担者番号	
福祉事務所名			
福祉事務所所在地	〒 □□□ － □□□□		
連絡先	電話番号		

担当者印

鹿児島県国民健康保険団体連合会介護給付費審査委員会　殿

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

平成　　年　　月　　日

事業所番号	被保険者番号 被保護者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
	H	平成　年　月		
	H	平成　年　月		
	H	平成　年　月		
	H	平成　年　月		
	H	平成　年　月		
	H	平成　年　月		
	H	平成　年　月		
	H	平成　年　月		

1　保険者番号ごとに作成してください。

2　事業所より依頼のあった過誤調整について、給付実績があるかご確認ください。

3　給付実績がないのに過誤申立を行うとエラーとなり取扱いができませんのでご注意ください。

4　申立事由コードは、別紙コード表により記入してください。