事業所　→　保険者　→　連合会

保険者名　　立川市
（保険者番号：132027）

過誤申立書（総合事業費）

申立年月日　　令和　　年　　月　　日

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	ー　　ー
担当者名	

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号	フリガナ 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード 様式	申立事由コード 申立事由	申立事由 （該当する事由にチェックや〇を付けてください）	再請求
1	0 0 0 0		平成 令和　　年　　月			□ 請求誤りによる実績の取下げ □ 市の指導による実績の取下げ □ その他（　　）	□ 有 □ 無
2	0 0 0 0		平成 令和　　年　　月			□ 請求誤りによる実績の取下げ □ 市の指導による実績の取下げ □ その他（　　）	□ 有 □ 無
3	0 0 0 0		平成 令和　　年　　月			□ 請求誤りによる実績の取下げ □ 市の指導による実績の取下げ □ その他（　　）	□ 有 □ 無
4	0 0 0 0		平成 令和　　年　　月			□ 請求誤りによる実績の取下げ □ 市の指導による実績の取下げ □ その他（　　）	□ 有 □ 無
5	0 0 0 0		平成 令和　　年　　月			□ 請求誤りによる実績の取下げ □ 市の指導による実績の取下げ □ その他（　　）	□ 有 □ 無
6	0 0 0 0		平成 令和　　年　　月			□ 請求誤りによる実績の取下げ □ 市の指導による実績の取下げ □ その他（　　）	□ 有 □ 無
7	0 0 0 0		平成 令和　　年　　月			□ 請求誤りによる実績の取下げ □ 市の指導による実績の取下げ □ その他（　　）	□ 有 □ 無
8	0 0 0 0		平成 令和　　年　　月			□ 請求誤りによる実績の取下げ □ 市の指導による実績の取下げ □ その他（　　）	□ 有 □ 無
9	0 0 0 0		平成 令和　　年　　月			□ 請求誤りによる実績の取下げ □ 市の指導による実績の取下げ □ その他（　　）	□ 有 □ 無
10	0 0 0 0		平成 令和　　年　　月			□ 請求誤りによる実績の取下げ □ 市の指導による実績の取下げ □ その他（　　）	□ 有 □ 無

※ 提出期限は毎月20日(20日が閉庁日の場合は直前の開庁日)です。なお、FAXでの提出は受け付けません(郵送または窓口提出)。
※ 国保連で審査中でないこと、返戻・保留になっていないことを確認した上で提出してください。
※ 申立事由コードについては、別紙「過誤申立事由コード」を参照してください。
※ Hで始まる被保険者番号の過誤申立書は生活福祉課へ提出してください。
※ ひと月に50件以上の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。

【問い合わせ先】

〒190-8666　立川市泉町1156-9
立川市福祉保健部高齢福祉課介護予防推進係
TEL 042-523-2111　内線1472