

# 過誤申立書

保険者番号 131201

保険者名 練馬区 宛て

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

申立年月日 年 月 日

番号	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	申 立 事 由
									被保険者氏名				
1	1	0	0							年	月		請求の誤りによる取下げ 都、県の指導検査のため 適正化による実績の取下げ
2	1	0	0							年	月		請求の誤りによる取下げ 都、県の指導検査のため 適正化による実績の取下げ
3	1	0	0							年	月		請求の誤りによる取下げ 都、県の指導検査のため 適正化による実績の取下げ
4	1	0	0							年	月		請求の誤りによる取下げ 都、県の指導検査のため 適正化による実績の取下げ
5	1	0	0							年	月		請求の誤りによる取下げ 都、県の指導検査のため 適正化による実績の取下げ
6	1	0	0							年	月		請求の誤りによる取下げ 都、県の指導検査のため 適正化による実績の取下げ
7	1	0	0							年	月		請求の誤りによる取下げ 都、県の指導検査のため 適正化による実績の取下げ
8	1	0	0							年	月		請求の誤りによる取下げ 都、県の指導検査のため 適正化による実績の取下げ
9	1	0	0							年	月		請求の誤りによる取下げ 都、県の指導検査のため 適正化による実績の取下げ
10	1	0	0							年	月		請求の誤りによる取下げ 都、県の指導検査のため 適正化による実績の取下げ

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。  
 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。  
 国保連で審査中の請求でないこと、返戻(保留)でないことを確認して、提出してください。