

事業所→保険者

# 過 誤 申 立 書

保険者番号 131037

(宛先) 港区長

|          |  |
|----------|--|
| 申立年月日    |  |
| 事業所番号10桁 |  |
| 事業所名称    |  |
| 電話番号     |  |
| 担当者名     |  |

下記の ☐介護給付及び介護予防給付について、過誤を申し立てます。  
☐介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。

| 番号 | 被保険者氏名 | 被保険者番号<br>10桁（頭3桁は「000」固定） |   |   |  |  |  | サービス提供年月<br>6桁（西暦年、月） |  | 申立事由コード<br>4桁 |  | 申立事由 | 再請求<br>の有無 |
|----|--------|----------------------------|---|---|--|--|--|-----------------------|--|---------------|--|------|------------|
| 1  |        | 0                          | 0 | 0 |  |  |  |                       |  |               |  |      | 有・無        |
| 2  |        | 0                          | 0 | 0 |  |  |  |                       |  |               |  |      | 有・無        |
| 3  |        | 0                          | 0 | 0 |  |  |  |                       |  |               |  |      | 有・無        |
| 4  |        | 0                          | 0 | 0 |  |  |  |                       |  |               |  |      | 有・無        |
| 5  |        | 0                          | 0 | 0 |  |  |  |                       |  |               |  |      | 有・無        |
| 6  |        | 0                          | 0 | 0 |  |  |  |                       |  |               |  |      | 有・無        |
| 7  |        | 0                          | 0 | 0 |  |  |  |                       |  |               |  |      | 有・無        |
| 8  |        | 0                          | 0 | 0 |  |  |  |                       |  |               |  |      | 有・無        |
| 9  |        | 0                          | 0 | 0 |  |  |  |                       |  |               |  |      | 有・無        |
| 0  |        | 0                          | 0 | 0 |  |  |  |                       |  |               |  |      | 有・無        |

<提出先> 〒105-8511 港区芝公園1丁目5番25号 港区役所2階 介護保険課介護給付係 過誤申立担当 03-3578-2876～2880

<提出方法> (1)窓口 (2)郵送 (3)電子申請

<注意事項> (1)被保険者番号は10桁（頭3桁は「000」固定）です。これに該当しない被保険者は、様式や提出先が異なります。  
(2)「介護給付及び介護予防給付」または「介護予防・日常生活支援総合事業費」のいずれかのみを記載してください。