

事業所 → 保険者

介護給付費等取下げ依頼書

保険者番号	1	2	2	0	3	6
保険者名	市川市					

既に支払決定を受けております介護給付費明細書について、
下記サービス利用者分の過誤調整を依頼します。

年 月 日

事業所番号									
事業所名称									
事業所所在地	〒								
連絡先(電話番号)									
担当者名									

被保険者番号	サービス提供年月(和暦)	申立事由 (どちらかに✓)	申立理由
被保険者氏名			
	年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	
	年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	
	年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	
	年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	
	年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	
	年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	
	年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	
	年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	

※同一の審査月に、過誤申立と給付管理票の修正等はいけません。提出時期を調整してください。

枚中		枚目
----	--	----