

事業所→保険者(宝塚市)

# 介護給付費明細書(取り下げ)依頼書

保険者	宝塚市	保険者番号	2	8	2	1	4	5
-----	-----	-------	---	---	---	---	---	---

宝塚市長 宛

(宝塚市介護保険課 FAX 0797-71-1355)

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。 申請日 **令和 年 月 日**

	事業所番号								
事業所名									
所在地	〒				-				
Tel No							担当者		

処理方法	<input type="checkbox"/>	通常
	<input type="checkbox"/>	同月

どちらかチェックを入れてください!

◆被保険者番号順、対象月順でご記入ください。

被保険者番号 被保険者名	サービス提供月	サービス種類	NO	申立理由 (NOを入力してもOK) ※その他の場合は詳細を記入して下さい!
	平成 ・ 令和 年 月			
	平成 ・ 令和 年 月			
	平成 ・ 令和 年 月			
	平成 ・ 令和 年 月			
	平成 ・ 令和 年 月			
	平成 ・ 令和 年 月			
	平成 ・ 令和 年 月			

宝塚市長 宛

(宝塚市介護保険課 FAX 0797-71-1355)

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

申請日 令和 年 月 日

事業所名				
所在地	〒		-	
Tel No			担当者	

処理方法	<input type="checkbox"/> 通常
	<input type="checkbox"/> 同月

どちらかチェックを入れてください！

◆被保険者番号順、対象月順でご記入ください。

被保険者番号 被保険者名	サービス提供月	サービス種類	NO 申立理由 (NOを入力してもOK) ※その他の場合は詳細を記入して下さい！
	平成 ・ 令和 年 月		
	平成 ・ 令和 年 月		
	平成 ・ 令和 年 月		
	平成 ・ 令和 年 月		
	平成 ・ 令和 年 月		
	平成 ・ 令和 年 月		
	平成 ・ 令和 年 月		
	平成 ・ 令和 年 月		
	平成 ・ 令和 年 月		

申立理由	
01	保険者申立の台帳過誤
02	請求誤り
09	保険者申立の時効による取下げ過誤
11	事業者申立の台帳過誤
21	公費負担者申立の台帳過誤
22	公費負担者申立の時効による取下げ過誤
32	給付管理票取消
42	保険者申立の適正化に係る取下げ過誤
52	公費負担者申立の適正化に係る取下げ過誤
62	不正請求による実績取り下げ
90	その他台帳過誤
99	その他取下げ

