

過誤申立書

保険者名
(昭 島 市)

申立年月日 年 月 日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

番号	被保険者番号										フリガナ 被保険者氏名	サービス提供月	申立事由 コード	申立事由
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

記載順については、特に指定しません。

指導検査の場合は【 99】

過誤申立の理由を記入してください。
例：都の指導検査の為

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。
 保険者では、本帳票をもとに「過誤申立情報 (FD)」を作成します。
 連合会では本帳票をエラーチェック及び過誤決定通知書の突合に使用します。

保険者 電話番号 ()
 担当者名 ()