

介護給付費 過誤申立依頼書

年 月 日

(あて先)三鷹市長

事業所名		事業所番号	
事業所所在地	〒	電話番号	
		担当者名	

次の介護給付費について、過誤申立を依頼します。

	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード ※1	過誤申立事由 ※2	再請求
1			年 月			する・しない
2			年 月			する・しない
3			年 月			する・しない
4			年 月			する・しない
5			年 月			する・しない
6			年 月			する・しない
7			年 月			する・しない
8			年 月			する・しない

※1 介護給付費過誤申立事由コード表を参照し、該当コードを記入してください。 ※2 申立理由を記入してください。

申請締切は毎月20日(土日祝日の場合は直前の開庁日)です。
翌月10日までの国民健康保険団体連合会への再請求が可能です。

三鷹市記入欄

受付	入力	確認	備考欄

《問合せ・提出先》

三鷹市 健康福祉部 介護保険課 介護給付係
〒181-8555 東京都三鷹市野崎一丁目1番1号
TEL 0422-45-1151(内線2684~2686)

受領印