

介護給付費過誤申立依頼書記載要領

- 1 「事業所番号」欄に事業所番号を記載する。
- 2 「事業所等所在地及び名称」欄に事業所等の所在地及び名称を記載する。
- 3 「事業種別」欄の「介護給付費」または「介護予防・日常生活支援総合事業費」を選択する。
- 4 「過誤種別」欄の「同月過誤」または「通常過誤」を選択する。
 - 「同月過誤」 給付実績の取り下げと再請求の審査を同月に行う。
同月に再請求を行うことで差額調整を行うことができる。
 - 「通常過誤」 給付実績の取り下げのみを行う。
事業所は「介護給付費過誤決定通知書」で過誤処理の完了を確認後、再請求を行うことができる。
- 5 「保険者番号」欄に被保険者証等の保険者番号を記載する。(一関市032094 平泉町034025)
- 6 「被保険者番号」欄に被保険者証等の被保険者番号を記載する。
- 7 「被保険者氏名」欄に氏名(カナ)を記載する。
- 8 「サービス提供年月」欄に過誤の対象となるサービスを提供した年月を記載する。
- 9 「申立事由」欄の「給付費等請求明細書誤り(請求誤り)」または「その他」を選択する。「その他」を選択した場合は詳細を記載する。
記載例) 所得変更による負担割合の変更、保険者側台帳誤り等
- 10 「申立事由コード」欄に4桁のコードを記載する。左の2桁に様式番号を、右の2桁に申立理由番号をそれぞれ記載する。(下記を参照のこと)