

事業所 → 保険者

介護給付費明細書及び介護予防・日常生活支援総合事業費明細書過誤調整依頼書

保険者番号	4	2	2	0	4	8
保険者名	諫早市					

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

担当者

既に支払決定を受けております介護給付費明細書及び介護予防・日常生活支援総合事業費明細書過誤調整依頼書について、
下記サービス利用者分の過誤調整を依頼します。

令和 年 月 日

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	申立理由
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

1. 本様式は、保険者ごとに作成して、当該保険者(市町村)の介護保険担当課(係)へ提出してください。
2. 過誤調整を行わずに再請求されると重複請求になりますので、ご注意ください。
3. 申立事由コードは、別紙コード表によりご記入ください。

枚中	枚目
----	----