

# 介護給付費過誤連絡票

年 月 日

事業者番号									
事業者名 (担当者氏名)									
事業者所在地									
電話番号	(                    )								

下記の介護給付について、国保連合会へ過誤の申立を依頼します。

被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	様式番号	申立理由 番 号	申 立 理 由 (申立理由番号(99)の時のみ記入)
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				

## 【様式番号一覧】

様式 番号	様 式 名 称
1 0	(様式第二) 居宅サービス介護給付費明細書 (訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与)
2 1	(様式第三) 居宅サービス介護給付費明細書 (短期入所生活介護)
2 2	(様式第四) 居宅サービス介護給付費明細書 (介護老人保健施設における短期入所療養介護)
2 3	(様式第五) 居宅サービス介護給付費明細書 (病院・診療所における短期入所療養介護)
3 0	(様式第六) 居宅サービス介護給付費明細書 (痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護)
4 0	(様式第七) 居宅介護支援介護給付費明細書
5 0	(様式第八) 施設サービス等介護給付費明細書 (介護老人福祉施設)
6 0	(様式第九) 施設サービス等介護給付費明細書 (介護老人保健施設)
7 0	(様式第十) 施設サービス等介護給付費明細書 (介護療養型医療施設)

## 【申立理由番号一覧】

申立理由 番 号	申 立 理 由
0 1	台帳誤り修正による過誤調整
0 2	請求誤りによる実績取り下げ
9 9	その他の理由による実績の取り下げ