

介護給付費過誤申立書

記載例(共通)

介護給付費審査委員会 殿

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

過誤対象者のお住まいの区の情報を記入する。

京都市に過誤申立を依頼する日を記入する。

令和 5 年 1 月 15 日

過誤対象者の保健者番号を記入する。

保険者番号	2	6	1	0	1	6
保険者名	京都市北区					
所在地	〒 6 0 3 - 8 5 1 1 京都市北区紫野東御所田町33-1					
電話番号	0 7 5 - 4 3 2 - 1 3 6 4					

事業所番号										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		申立事由		
2	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	令和 4 年 5 月	4	0	9	9	運営基準減算該当のため
																					令和 年 月					前 2 桁は様式番号、後 2 桁は事由コード番号を設定。 詳細は京都府国保連合会のホームページをご確認ください
																					令和 年 月					
2	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	令和 4 年 6 月	7	0	0	2	療養環境減算該当のため
																					令和 年 月					過誤申立理由を具体的に記入する。
																					同 年 月					
																					同 年 月					
																					令和 年 月					必要に応じて平成に変更してください
																					令和 年 月					

同一被保険者で提供年月、請求様式が複数ある場合は、被保険者番号を優先し記入する。（被保険者番号ごと）