

事業所 → 保険者

過誤申立書

保険者番号 075465

双葉町長 様

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

申立年月日 年 月 日

番号	被保険者番号	フリガナ	サービス提供月	申立事由コード	申立事由
		被保険者氏名			
1					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
2					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
3					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
4					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
5					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
6					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
7					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
8					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
9					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
10					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ

- ※ 本帳票は各事業所が記載したものを保険者→連合会と経由します。
- ※ 保険者では、本帳票をもとに「過誤申立情報(FD)」を作成します。
- ※ 連合会では本帳票をエラーチェック及び過誤決定通知書の突合に使用します。