

介護予防・日常生活支援総合事業費請求取下げ依頼書 (過誤申立書)

美濃加茂市長

被保険者番号順、同一被保険者で複数月ある場合は、サービス提供月順に記載してください。

依頼年月日は市で記入します。

記入例

事業所名称		⑩
電話番号	—	
FAX番号	—	
担当者名		

該当する申立事由にチェックを入れます。

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費請求取下げ依頼書を取下げます。

依頼年月日:平成 年 月 日

番号	被保険者番号					フリガナ 被保険者氏名		サービス提供月			申立事由コード		申立事由		
	1	2	3	4	5	フリガナ	氏名	年	月	日	1	2			
1	1	1	0	0	0			平成	年	月	1	0	0	2	<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
2	1	1	0	0	0			平成	年	月					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
3	1	1	0	0	0			平成	年						<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
4	1	1	0	0	0										4桁の数字のうち、上2桁はサービスの種類を表します。 次のいずれかを記入してください。 10...訪問型サービス費、通所型サービス費、その他の生活支援サービス費 20...介護予防ケアマネジメント費
5	1	1	0	0	0										4桁の数字のうち、下2桁は申立事由の種類を表します。 次のいずれかを記入してください。 02...請求誤りによる実績取り下げ 99...その他の事由による実績取り下げ 42...適正化による保険者申立の過誤取り下
6	1	1	0	0	0										<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
7	1	1	0	0	0			平成	年	月					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
8	1	1	0	0	0			平成	年	月					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
9	1	1	0	0	0			平成	年	月					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
10	1	1	0	0	0			平成	年	月					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(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。

※ 市では、この帳票をもとに過誤申立情報を作成し、岐阜県国民健康保険団体連合会に提出します。

保険者連絡先 電話番号 0574-25-2111 内線508