介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書（記入例）

介護給付費審査委員会　殿

事業者名
所 在 地
連 絡 先
（電話番号）

保険者番号	272112
保 険 者 名	茨　木　市
所　在　地	〒567－8505 大阪府茨木市駅前三丁目8番13号
連　絡　先	電話番号　072－620－1639

提出締切日　通常過誤：毎月10日
同月過誤：毎月25日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　年　月　日

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 7 7 × × × × × × ×	0 0 0 0 0 × × × × × 茨木　太郎	令和2年1月	1 0 1 2	（例）請求誤りのため

申立事由コードは国保連のホームページに掲載されています。
該当するコードを記載してください。【例】10（訪問介護.etc）12（同月過誤）
申立事由コードの誤りにより、希望の処理（同月処理or通常処理）ができない可能性があります。
同月過誤通常過誤の別については、必ず国保連HPで確認をしたうえでご記入お願いします。