

事業所 → 保険者

介護給付費明細書及び介護予防・日常生活総合支援事業費明細書過誤調整依頼書

保険者番号	4	2	3	0	7	9
保険者名	長与町					

事業所番号									
事業所名称									
事業所所在地	〒				-				
連絡先(電話番号)	()				-				

既に支払決定を受けております介護給付費明細書及び介護予防・日常生活総合支援事業費明細書過誤調整依頼書について、
下記サービス利用者分の過誤調整を依頼します。

年 月 日

担当者名

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	申立理由	介護保険請求額の変更の有無	金額の増減 (※有の場合)	確認欄
				(有・無)	(増・減)	
				(有・無)	(増・減)	
				(有・無)	(増・減)	
				(有・無)	(増・減)	
				(有・無)	(増・減)	

1. 本様式は、保険者ごとに作成して、当該保険者(市町村)の介護保険担当課(係)へ提出してください。
2. 過誤調整を行わずに再請求されると重複請求になりますので、ご注意ください。
3. 申立事由コードは、別紙コード表によりご記入ください。
4. 過誤調整を行うことで、対象者の受領済みの高額介護サービス費等の返納金が生じることがあります。その旨対象者にご説明いただきましたら、【確認欄】にチェックを入れてください。

	枚中		枚目
--	----	--	----