介護給付費明細書過誤調整依頼書

事業所 ⟶ 保険者

保険者番号	4	2	2	0	9	7
保険者名	対馬市					

事業所番号										
事業所名称										
事業所所在地	〒				―					
連絡先										

担当者

既に支払決定を受けております介護給付費明細書について、下記のサービス利用者分の過誤調整を依頼します。

令和　　年　　月　　日

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
	令和　　年　　月					
	令和　　年　　月					
	令和　　年　　月					
	令和　　年　　月					
	令和　　年　　月					

1　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と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記入してください。