

事務所→保険者

(総合事業用) 過 誤 申 立 書

提出は、必ず町田

※メール提出は不

100件を超える場

保険者番号 132

保険者名 町田市

下記の介護給付について誤を申し立てます。

申立が複数ある場合は、「被保険者番号」順に並べることを優先してください。
 続いて「サービス提供年月」順に並べてください。

	再請求	有
事業所番号	1300000001	
事業所名称	町田介護事業所	
担当者名	町田	
電話番号	042-7XX-00XX	
申立年月日	2025年8月25日	

サービス種類、申立内容をプルダウンから選択してください。
 予防サービスはプルダウン下段にあります。

番号	被保険者番号	被保険者氏名	被保険者ふりがな	サービス提供年月	サービス種類	申立内容	過誤申立コード
1	0000333333	町田 一郎	まちだ いちろう	令和7年6月	訪問型サービス・通所型サービス・その他の生活支援サービス	請求誤りによる	10 02
2	0001111111	介護 花子	かいご はなこ	令和7年7月	介護予防ケアマネジメント(計画費)	請求誤りによる	20 02
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							