



## 過誤申立書

鶴岡市長 様  
(保険者番号062034)

事業所番号									
事業所名									
所在地	〒								
連絡先	電話番号								
担当者名									

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

令和 年 月 日

※過誤申立事務の担当者名を記入して下さい。

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類	申立事由
0 0 0 ● ● ● ● ● ● ● ● 鶴岡 太郎	平・令 30年1月	通所介護	●●加算を誤って算定したため。 (事業対象者・要支援(要介護))
0 0 0 ● ● ● ● ● ● ● ● 鶴岡 太郎	平・令 1年5月	通所介護	●●加算を誤って算定したため。 (事業対象者・要支援(要介護))
	平・令 年 月		(事業対象者)
	平・令 年 月		(事業対象者)
	平・令 年 月		(事業対象者)
	平・令 年 月		(事業対象者)
	平・令 年 月		(事業対象者)
	平・令 年 月		(事業対象者)
	平・令 年 月		(事業対象者)
	平・令 年 月		(事業対象者)
	平・令 年 月		(事業対象者)

**【過誤申立について】**

- ・提出方法は、窓口、郵送、またはメールでお願いいたします。  
(FAXは個人情報保護のため行わないでください)
- ・過誤申立の対象となるのは、国保連合会で審査決定された請求(給付実績)です。  
(国保連から送付される給付実績データが市へ届いていないものは処理できませんので、審査決定されていない請求の過誤申立は行わないでください。)
- ・過誤申立ができるのは、最短で過誤処理月の3ヶ月前の給付実績です。  
(例：R4.2月提供分は、R4.5月から処理可能です。)
- ・大量過誤(目安10件以上)の場合、事前にご連絡ください。(提出メ切は毎月7日)
- ・複数名過誤申立てする場合は、被保険者番号順に記載してください。  
また、同じ被保険者を複数月過誤申立てする場合は、サービス提供月は昇順で記載してください。
- ・提出先は鶴岡市役所長寿介護課です。

<提出及び問い合わせ先>  
〒997-8601 山形県鶴岡市馬場町9番25号 鶴岡市健康福祉部長寿介護課  
TEL0235-35-1289 (課代表)