

記入例

平成 年 月 日

みやこ町長 様

事業所番号	4000000000
事業所名	〇〇ヘルパーステーション
代表者	みやこ太郎 印
連絡先	092-781-7711
担当者名	みやこ花子

保険請求額(9割分)
全額を記入

過誤申立依頼書の提出について

標記に基づき、記のとおり提出します。

記

件数	誤請求金額計 (A)	正請求金額計 (B)	差額 (A)-(B)	再請求予定年月
30	351,574	284,657	66,917	平成15年12月

※金額は、円単位で記入してください。

提出書類:「介護給付費請求書・介護給付費明細書の取消依頼について」

30枚

国保連合会に提出した介護給付費明細書の写し

30部

介護給付費に関する請求誤り結果報告書(内訳)(様式3)

2枚

過誤申立理由記入例

記入例

1. 居宅支援介護給付費を減算請求していなかった
2. サービス利用がないのに居宅支援介護給付費を請求していた
3. サービス回数の誤り
4. 公費があるのに請求していなかった
5. 生活保護変更により本人支払額の変更があった
6. サービス提供時間の誤り
7. サービス利用時間の誤り
8. 送迎加算の誤り
9. 機能訓練加算の誤り
10. 訪問入浴で部分清拭しかしていないのに入浴で請求していた
11. 福祉用具貸与で請求金額を誤って請求していた
12. 入院中なのに請求（施設請求）
12. 入院中なのに請求（居宅費）
13. 看護職員の人員基準不足による減算をしていなかった

介護給付費に関する請求誤り結果報告書(内訳)

事業所番号: 4000000000 事業所名: ○○訪問介護サービス 報告日:平成 年 月 日

被保険者番号	被保険者名	算定誤りの内容	誤請求期間	保険請求額			公費請求額	利用者負担額	総費用額	備 考
0000001234	みやこ太郎	ヘルパーが同居の家族	平成15年10月	誤	36,198		0	4,022	40,220	
				正	31,653		0	3,517	35,170	
				返還額	4,545		0	505	5,050	
				誤					0	
				正					0	
				返還額			0	0	0	
				誤					0	
				正					0	
				返還額			0	0	0	
				誤					0	
				正					0	
				返還額	0	0	0	0	0	
				誤					0	
				正					0	
				返還額	0	0	0	0	0	
				誤					0	
				正					0	
				返還額	0	0	0	0	0	
				誤					0	
				正					0	
				返還額	0	0	0	0	0	
				誤					0	
				正					0	
				返還額	0	0	0	0	0	
合 計				誤	36,198		0	4,022	40,220	
				正	31,653		0	3,517	35,170	
				返還額	4,545		0	505	5,050	