

# 過誤調整依頼票（介護保険）

守口市長

宛

下記のとおり過誤調整を依頼します

過 誤 区 分	1. 通常過誤 2. 同月過誤 (どちらかに必ず○を付けてください。)										
依 頼 日	年 月 日										
事 業 所 番 号	*										*
事 業 者 名											
事業者担当者名											
連絡先電話番号	( ) —										
被保険者番号	*	0	0								*
被保険者名											
生年月日	明・大・昭 年 月 日										
サービスの種類											
申立事由コード	*										*
サービス提供年月	年 月分										
国保連への請求月 (再請求月ではありません)	年 月請求										
過 誤 理 由											

1. 締め切りは通常過誤は毎月10日、同月過誤は月末です。同日が土日祝日の場合は前日です。
2. 受領印を押印した控えをご希望の場合はその旨を記入し、切手を貼付した返信用封筒を同封してください。
3. 申立事由コードが不明の場合は、記入不要です。