

【記入例】

平成 23 年 4 月 1 日

茨城町長 へ

事業所番号 9999999999

事業所住所 茨城町小堤1080番地

事業所名 指定訪問介護事業所〇×印

電話番号 029-292-1111

過誤申立依頼書

下記のとおり、介護給付費の請求に誤りがありましたので、茨城県国民健康保険団体連合会に対する過誤申立を依頼します。

記

- | | |
|----------------|---|
| (1) 被保険者番号 | 9999999999 |
| (2) 被保険者氏名 | 茨城太郎 |
| (3) サービス提供年月 | 平成23年4月 |
| (4) 過誤種類 | 通常過誤 ・ 同月過誤 |
| (5) 介護給付費明細書様式 | 様式第二の二 介護予防訪問介護 |
| (6) 申立事由 | 月途中に要支援から要介護になったため日割りで算定すべきところ、定額報酬で算定してしまったため |

過誤申立依頼書記載要領

過誤申立を依頼するにあたっては、以下の点に注意して記入してください。

1. 依頼書中(4)過誤の種類については、通常過誤か同月過誤のどちらかを○で囲むこと。

*「通常過誤」とは請求取り下げ後、次月以降に再請求する方法であり、「同月過誤」とは過誤による返還額と請求による支払を同じ月で相殺し、差額を調整する方法です。

*申立の処理期限は同月過誤の場合は連合会の指定日、通常過誤の場合は毎月10日頃とします。期日後提出の場合は次月の処理に間に合わないことがありますのでご注意ください。

*なお同月過誤の場合はその取扱について、事前に茨城県国民健康保険団体連合会との連絡調整をお願いします。

2. 過誤に該当する介護給付費明細書様式について、誤った記載内容と正しい記載内容のものをそれぞれ1部ずつ添付すること。
依頼書中(5)介護給付費明細書様式については、添付して頂く明細書の様式区分か、またはサービス区分を記入すること。

例) 様式第二 訪問介護

3. 依頼書中(6)申立事由については、過誤の内容を簡略に記載すること。

例) ・平成〇〇年〇月〇日分の薬剤師居宅療養管理指導Ⅱ2の請求漏れ
・サービス利用回数および送迎加算の算定誤り
(サービス利用回数 3回→2回、送迎加算 実際には無し)