

◇記載例（過誤取消依頼書・単数用） ※複数用にも適用

令和2年9月1日

宗像市長 あて

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
事業所名称	心なかた介護サービス									
代表者名	福岡 太郎									
連絡先	0940-12-3456									
世帯者名	東郷 花子									

（介護給付費請求書
介護給付費明細書）の取り消し依頼について。

下記の被保険者分につき、介護報酬の請求に係る提出書類の取消を依頼いたします。

記

証記載保者番号	4	0	2	2	0	6				
被保険者番号	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
被保険者氏名	宗像 太郎									
サービス提供年月	令和2年4月分									
請求月	令和2年5月分									
明細書様式	様式第二号									
申立事由コード	1	0	0	2	別月・通常	※いずれかに○				
取消事由	○加算計上漏れのため									

*取消依頼書を提出するに当たっては、国保連合会に提出した介護給付費明細書（伝送・控えでの請求の場合は印刷したもの）の写しを添付のうえ、の箇所
にマーキングして提出してください。

注意事項	
※1	国保連へ請求した月
※2	様式番号+申立理由番号（「過誤申立事由コード一覧表」で確認） ◇同月、通常で異なるため注意 ◇県や市、国保連が行う「事業所指導での指摘」、「ケアランチェック」、「医療突合」、「縦覧点検」の申立理由番号は4から始まる番号
※3	同月・通常のいずれかに○をつける ◇再請求がないものは通常過誤を選択
※4	取消事由を簡潔に記入 ◇例：申立理由番号42又は49の場合 「市の事業所指導時に、○○加算の算定要件を満たしていないことが判明したため」等
※5	国保連に提出した給付費明細書の写しを添付 ◇過誤対象箇所をマーカー