

過誤（返戻）依頼票

（事業者→長野市）

返戻依頼年月日	令和 年 月 日								
事業所番号									
事業所名称									
担当者氏名					電話番号				

過誤の種類	同月過誤 ・ 通常過誤								
再請求の予定	有 ・ 無			再請求の時期		令和 年 月分			
被保険者番号									
被保険者氏名									
サービス提供年月日	令和 年 月分								
サービスの種類：	（サービスコード： ）								
過誤申立の具体的な事由（理由）									
誤算定単位数			正算定単位数			単位数差			
単位			単位			単位			

※ 過誤（返戻）依頼票締切日（介護保険課必着）

同月過誤は【毎月最終営業日】

通常過誤は【毎月15日（土・日・祝日の場合は前営業日）】

過誤の種類、給付管理票の修正時期等、詳細は

長野市介護保険課ホームページ「過誤調整について」をご覧ください。

提出先

〒380-8512

長野市大字鶴賀緑町1613番地

長野市役所保健福祉部

介護保険課給付担当

メール：kaigo@city.nagano.lg.jp

FAX：026（224）8694

※メール、郵送、FAX可（送付状不要）

メール、FAXで送信する場合は、送信先の誤りにご注意ください。