

記載例

同月過誤処理依頼書【障害】

〇〇年 △月 ×日

群馬県国民健康保険団体連合会理事長 様

- 法人住所、法人名、代表者の職名及び氏名を記載してください。
- 群馬県または市町村への届出の際に使用した印鑑を押印してください。
(法人の代表者印 等)

開設者 { 住所 群馬県前橋市〇〇町1-1
名称 社会福祉法人 〇×会
氏名 理事長 群馬 一郎 印

次のとおり同月過誤処理を依頼します。

なお、同月過誤処理及び当該月の審査支払の結果に対する異議申し立て等は貴職及び貴会に求めることは一切いたしません。

記

1 事業所番号 1012345678

2 事業所名称 〇〇〇事業所

3 サービス提供年月 〇〇年〇〇月～〇〇年××月

4 過誤申立の理由 〇〇〇〇〇〇のため

5 申立件数 〇〇件

6 同月過誤処理月 〇〇年△△月

7 担当者 申請 太郎

8 連絡先電話番号 027-111-1111

対象となるサービス提供年月を記載してください。

群馬県内の市町村の申立件数を記載してください。
(群馬県外の市区町村については件数に含めないこと。)

同月過誤処理を行う月
(事業所が再請求を行う月) を記載してください。

事業所→国保連合会