

# 同月過誤処理依頼書【障害】

年 月 日

群馬県国民健康保険団体連合会理事長 様

開設者 { 住 所  
          { 名 称  
          { 氏 名 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を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
- 2 事業所名称
- 3 サービス提供年月
- 4 過誤申立の理由
- 5 申立件数
- 6 同月過誤処理月
- 7 担当者
- 8 連絡先電話番号