

同月過誤処理依頼書【障害】

提出日（和暦）を御記入ください。

令和 ■■ 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
氏名法人情報及び法人印を
押印してください。
(個人印は不可です)

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

- 事業所番号 10■■■■■■■■■■
10から始まる10桁の事業所番号を記載してください。
- 事業所名称 ■■■■■■■■■■
事業所名称を記載してください。
- サービス提供年月 令和■■年■■月 (単月の場合)
令和■■年■■月～■■月 (複数月の場合)
過誤処理を行う対象月を記載してください。
- 過誤申立の理由 請求誤りによる実績取り下げ 等
具体的な過誤申立理由をお知らせください。
- 申立件数 ■■■件
内訳書に記載された総件数です。
- 同月過誤処理月 令和■■年■■月
右上提出日の翌月以降です。
- 担当者 ■■■■
御担当者様のお名前をお知らせください。
- 連絡先電話番号 ■■■-■■■-■■■■
事業所の連絡先をお知らせください。
(携帯電話番号でも可です。)