

# 同 月 過 誤 処 理 依 頼 書

年 月 日

埼玉県国民健康保険団体連合会 様

開設者 住所  
氏名 印

保険者と協議のうえ、調整が取れたため、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 \_\_\_\_\_
- 2 事業所名称 \_\_\_\_\_
- 3 サービス提供年月 \_\_\_\_\_月
- 4 具体的な過誤申立の理由（例 人員欠如による減算請求をしなかったため・  
加算の請求漏れ・日数、回数を少なく請求したため等）  
\_\_\_\_\_
- 5 申立件数 \_\_\_\_\_件
- 6 過誤する金額 \_\_\_\_\_円
- 7 再請求金額 \_\_\_\_\_円
- 8 同月過誤処理月 \_\_\_\_\_月
- 9 担当者 \_\_\_\_\_
- 10 市町村の担当者 \_\_\_\_\_