

同 月 過 誤 処 理 依 頼 書

年 月 日

_____御中

住 所
開設者
氏 名
印

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（8割又は9割分+（公費分））
- 7 再 請 求 金 額 _____円（8割又は9割分+（公費分））
- 8 同月過誤処理月 _____月
- 9 担 当 者 _____
- 10 保険者の担当者 _____

- ・同月過誤処理依頼書は、保険者と連合会に提出してください。
- ・保険者分では、保険者ごとに依頼書を作成し、取下げを行う請求の提供年月と金額をご記入ください。また、提出期限については各保険者へお問い合わせください。
- ・連合会分では、取下げを行う請求全ての提供年月と金額を一枚の依頼書にまとめてご記入ください。また、毎月5日までに提出してください。