

同月過誤（取下げ）・再請求実施計画書

令和 年 月 日

筑西市長 殿

事業所所在地

事業所番号

事業所名

代表者氏名

印

電話番号

担当者氏名

同月過誤（取下げ）・再請求実施計画書については、保険者との協議に基づき、次のとおり作成しましたので、同月過誤調整を遅延なく行いたく提出いたします。

なお、同月過誤調整において、支払額が過誤調整額を下回った場合（マイナスの支払い）においては、茨城県国民健康保険団体連合会が発行する納入通知書により、差額調整を行うことに同意いたします。

1. 対象保険者名（市町村名） _____（保険者番号： _____）

2. 過誤対象請求明細書該当期間（サービス提供年月）及び件数

令和 年 月サービス分 ～ 令和 年 月サービス分 件数 _____ 件

3. 過誤内容

4. 過誤調整実施計画

{

(1) 同月過誤実施月及び件数 別紙「同月過誤実施月別件数一覧」のとおり

(2) 保険者への過誤申立提出期限 同月過誤実施前月の20日まで又は保険者指定日

(3) 国保連合会への再請求明細書の提出期限 --- 同月過誤実施月の1日～3日まで（国保連合会指定日）

5. 介護給付費同月過誤申立書（保険者提出分の写し）

同月過誤実施前月の20日までに提出いたします。

別紙

同月過誤実施月別件数一覧

事業所番号	
事業所名	

保険者番号	
保険者名	

同月過誤実施年月※(注)	件数
年 月	件
年 月	件
年 月	件
年 月	件
年 月	件
年 月	件
年 月	件
年 月	件
年 月	件
年 月	件
年 月	件
年 月	件
年 月	件
年 月	件
計	件

※(注) 同月過誤実施年月欄には「過誤処理を行う年月」を記入することとし、サービス提供年月を記入しないようご注意ください。