

この用紙は、**同月過誤をする場合のみ**必要です。

(通常過誤の場合は不要です)

記入例

同 月 過 誤 処 理 依 頼 書

令和元年 5 月 1 日

埼玉県国民健康保険団体連合会 御中

① **埼玉県国民健康保険団体連合会 宛**

② **埼玉県越谷市長 宛**

各 1 部ずつ作成してください。

※国保連宛は、事業所から国保連へ 5 日までに直接送付してください。(依頼書のみ)

開設者

住 所 越谷市越ヶ谷 4-2-1

社会福祉法人 越谷会

氏 名 理事長 越谷 花子

印

記

1 事業所番号

1 1 7 0 1 2 3 4 5 6

2 事業所名称

居宅介護支援事業所 越谷

3 サービス提供年月

H30 年 11 月、H30 年 12 月

過誤する年月を記入してください。

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)

初回加算の請求が漏れていたため

理由を具体的に記入してください。

5 申立件数

6 件

6 過誤する金額

9 1 7, 4 9 0 円

7 再請求金額

8 5 4, 9 6 4 円

8 同月過誤処理月

6 月

9 担当者

介護 太郎

10 市町村の担当者

6・7番は

介護給付費9割(給付額+(公費分))

の金額を記入してください。

(特定入所サービス費を含む)

同月過誤の処理月を記入してください。

※同月過誤の書類提出締切日は毎月 25 日です。同月過誤処理月は翌月となります。

例) 提出日 1/25 → 同月過誤処理月 2 月

提出日 2/1 → 同月過誤処理月 3 月