

同月過誤（取下げ）・再請求実施計画書

年 月 日

(同月過誤調整保険者)

殿

事業所所在地

事業所番号

事業所名

代表者氏名

電話番号

担当者氏名

同月過誤（取下げ）・再請求実施計画表については、貴市との協議に基づき、次のとおり作成し、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、当月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
_____年 月サービス分から _____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 _____年 月 ~ _____年 月

(2) 同月過誤実施月別件数一覧 別添のとおり

(3) 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

(4) 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

別添のとおり

6. 保険者から国保連合会への過誤申立期限

同月過誤実施月の1日～3日まで(国保連合会指定日)

