

同月過誤（取下げ）・再請求実施計画書

平成 年 月 日

茨城県国民健康保険団体連合会 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

平成 年 月サービス分 ～ 平成 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18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18日までに提出いたします。

<記入例>

同月過誤（取下げ）・再請求実施計画書

平成〇〇年××月△△日

茨城県国民健康保険団体連合会 殿

事業所所在地 茨城県〇〇市〇〇町〇〇番
事業所番号 〇八*****
事業所名 〇〇〇介護サービス事業所
代表者氏名 理事長 介護 太郎
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
担当者氏名 介護 花子



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。

同月過誤を行う保険者番号及び保険者名を記入して下さい。
(複数保険者にわたって行う場合には、それぞれの保険者毎に当該用紙を作成します)

1. 対象保険者名（市町村名） △△市 (保険者番号：〇八*****)

△△市分の同月過誤を実施する全ての件数を記入して下さい。

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

平成〇〇年4月サービス分 ～ 平成〇〇年3月サービス分 件数 100件

3. 過誤内容

[過誤調整を行うこととなった事由を記入して下さい。]

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18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18日までに提出いたします。

(注) 複数保険者にわたって同月過誤を実施する場合には、それぞれの保険者毎に作成して下さい。

