# 同月過誤（取下げ）・再請求実施計画書

令和 年 月 日

北茨城市長　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 |
| 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願います。