**同　月　過　誤　処　理　依　頼　書**

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　御中

住　所

開設者

氏　名

記

１ 事業所番号

２ 事業所名称

３ サービス提供年月　　　　　　　　　　　　　　月

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）

５ 申立件数　　　　　　　　　　　　　　件

 6 過誤する金額　　　　　　　　　　　　　　円（８割又は９割分＋（公費分））

7 再請求金額　　　　　　　　　　　　　　円（８割又は９割分＋（公費分））

８ 同月過誤処理月　　　　　　　　　　　　　　月

９ 担当者

10 保険者の担当者

・同月過誤処理依頼書は、保険者と連合会に提出してください。

・保険者分では、保険者ごとに依頼書を作成し、取下げを行う請求の提供年月と金

額をご記入ください。また、提出期限については各保険者へお問い合わせくださ

い。

・連合会分では、取下げを行う請求全ての提供年月と金額を一枚の依頼書にまとめ

てご記入ください。また、毎月５日までに提出してください。