

年 月 日

みやま市長 様

事業所番号	
事業所名	
代表者名	
連絡先	
担当者名	

過誤処理の依頼について

下記のとおり、介護報酬の請求に係る提出書類の取消を依頼します。

記

過誤処理方法	通常過誤 ・ 同月過誤
取消事由の主な内容 (※詳細は過誤申立書に 記入すること)	請求誤り ・ 指導等による返還

件数	誤請求金額計 (A)	正請求金額計 (B)	差額 (A) - (B)	再請求予定年月

- 注意① 過誤処理方法は、原則通常過誤です。通常過誤では給付費支払いが大きく減って影響が大きい場合に同月過誤を受付けます。
- 注意② 国保連合会に提出した介護給付費明細書(伝送の請求の場合は印刷したもの)の写しを添付のうえ過誤の箇所に朱書きで訂正を明記し、過誤依頼の全件分を提出してください。
- 注意③ 誤請求分が入金済か必ず確認してください。

- 提出書類 1. 過誤処理の依頼について(様式1号)
2. (通常・同月)過誤申立書(様式2号)
3. 国保連合会に提出した介護給付費明細書の写し