介護給付費等過誤申立書

通常過誤　　同月過誤

横 須 賀 市 長　殿

　下記の介護給付等について、過誤を申し立てます。

　なお、当該事業所の請求誤り等で当月支払額が過誤調整額を下回った場合においては、神奈川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します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者番号 |  |  |
| 事業者名 |  | |
| 実地指導等の指摘を受けて行う過誤申立である | | |

下記の介護給付等について、過誤を申し立てます。 令和　年　月　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号  被保険者氏名 | サービス提供年月 | | | 様式番号 | 申立事由 |
|  | 令和  年　月 | ～ | 令和  年　月 |  |  |
|  |
|  | 令和  年　月 | ～ | 令和  年　月 |  |  |
|  |
|  | 令和  年　月 | ～ | 令和  年　月 |  |  |
|  |
|  | 令和  年　月 | ～ | 令和  年　月 |  |  |
|  |
|  | 令和  年　月 | ～ | 令和  年　月 |  |  |
|  |

介護給付費等過誤申立書

通常過誤　　同月過誤

横 須 賀 市 長　殿

　下記の介護給付等について、過誤を申し立てます。

　なお、当該事業所の請求誤り等で当月支払額が過誤調整額を下回った場合においては、神奈川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します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者番号 |  |  |
| 事業者名 |  | |
| 実地指導等の指摘を受けて行う過誤申立である | | |

下記の介護給付等について、過誤を申し立てます。 令和　年　月　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号  被保険者氏名 | サービス提供年月 | | | 様式番号 | 申立事由 |
|  | 令和  年　月 | ～ | 令和  年　月 |  |  |
|  |
|  | 令和  年　月 | ～ | 令和  年　月 |  |  |
|  |
|  | 令和  年　月 | ～ | 令和  年　月 |  |  |
|  |
|  | 令和  年　月 | ～ | 令和  年　月 |  |  |
|  |
|  | 令和  年　月 | ～ | 令和  年　月 |  |  |
|  |

介護給付費等過誤申立書

通常過誤　　同月過誤

横 須 賀 市 長　殿

　下記の介護給付等について、過誤を申し立てます。

　なお、当該事業所の請求誤り等で当月支払額が過誤調整額を下回った場合においては、神奈川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します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者番号 |  |  |
| 事業者名 |  | |
| 実地指導等の指摘を受けて行う過誤申立である | | |

下記の介護給付等について、過誤を申し立てます。 令和　年　月　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号  被保険者氏名 | サービス提供年月 | | | 様式番号 | 申立事由 |
|  | 令和  年　月 | ～ | 令和  年　月 |  |  |
|  |
|  | 令和  年　月 | ～ | 令和  年　月 |  |  |
|  |
|  | 令和  年　月 | ～ | 令和  年　月 |  |  |
|  |
|  | 令和  年　月 | ～ | 令和  年　月 |  |  |
|  |
|  | 令和  年　月 | ～ | 令和  年　月 |  |  |
|  |