

同月過誤（取下げ）・再請求実施計画書

令和〇〇年××月△△日

ひたちなか市長 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 □□ □□
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
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払込請求書により、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）ひたちなか市（保険者番号：082214）

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 6年 1 月サービス分～ 令和 6年 2 月サービス分

同月過誤を実施する全ての
件数を記入してください。

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ください。 〕

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20日まで
(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10日まで

(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ください。

<記入例>

事業所→保険者

別紙

同月過誤実施月別件数一覧

事業所番号	08*****
事業所名	〇〇〇介護サービス事業所

保険者番号	082214
保険者名	ひたちなか市

同月過誤実施年月※(注)	件数
令和 6年 4月	50件
令和 6年 5月	50件
年 月	件
年	
年	
年	
年	
年 月	件
年 月	件
年 月	件
年 月	件
年 月	件
計	100件

同月過誤処理を実施する年月及び件数を記入してください。
 ・一月で、同月過誤対象となる明細書を全て過誤処理する場合
 →1行に記入し実施年月及び件数を記入
 ・複数月に分けて、同月過誤対象となる明細書を過誤処理する場合
 →それぞれの月ごとに記入
 ※この表は、二月に分けて4月と5月に同月過誤を行う例を記載しました。

※(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ください。