**令和　　年　　月　　日**

**和歌山県国民健康保険団体連合会　　御中**

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所番号** |  |
| **事業所名称** |  |
| **所在地** |  |
| **担当者名** |  |
| **電話番号** |  |

**医療情報との突合処理における過誤申立書**

**下記の介護給付について、過誤を申し立てます。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保険者番号** | **被保険者番号** | **被保険者氏名** | **サービス提供年月** | **サービス種類** | **過誤区分****（同月/通常）** |
|  |  |  | **令和　　年　　月** |  |  |
|  |  |  | **令和　　年　　月** |  |  |
|  |  |  | **令和　　年　　月** |  |  |
|  |  |  | **令和　　年　　月** |  |  |
|  |  |  | **令和　　年　　月** |  |  |

※　郵送にて５日必着でお願いいたします。

※　５日が土・日・祝日の場合は翌日〆切になります。

※　通常過誤の場合、再請求は過誤処理が終了した翌月以降でお願いいたします。

※　同月過誤の場合、過誤処理を実施する月に再請求をお願いいたします。

（例）令和７年6月5日（木）までに過誤申立書を提出した場合

　・通常過誤：令和6年6月処理　再請求可能月：令和6年7月以降

　・同月過誤：令和6年7月処理　再請求：令和6年7月