

同月過誤処理依頼書【障害】

平成〇〇年 △月 ×日

群馬県国民健康保険団体連合会理事長 様

住所 群馬県前橋市〇〇町1-1  
開設者 社会福祉法人 〇×会  
氏名 理事長 群馬 一郎 印

次のとおり同月過誤処理を依頼します。  
なお、同月過誤処理及び当該月の審査支払の結果に対する異議申し立て等は貴職及び貴会に求めることは一切いたしません。

記

- 事業所番号 1012345678
- 事業所名称 〇〇〇事業所
- サービス提供年月 平成〇〇年〇〇月
- 過誤申立の理由 〇〇〇〇〇〇のため
- 申立件数 〇〇件  
※ 群馬県外の市区町村については、件数に含めないこと
- 同月過誤処理月 平成〇〇年〇〇月
- 担当者 申請 太郎
- 連絡先電話番号 027-111-1111