**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** |  |

**縦覧点検過誤申立書**

**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** |
|  |  |  | **年　　月** |  |
|  |  |  | **年　　月** |  |
|  |  |  | **年　　月** |  |
|  |  |  | **年　　月** |  |
|  |  |  | **年　　月** |  |
|  |  |  | **年　　月** |  |
|  |  |  | **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。**

※**再請求のある場合は、過誤処理が終了した翌月以降でお願いいたします。**

**（同月過誤では処理できません）**