（様式第２号）

介護給付費請求明細書及び介護予防・日常生活支援総合事業費請求明細書

過誤取下・再請求審査同月処理依頼書

介護給付費請求明細書及び介護予防・日常生活支援総合事業費請求明細書の「過誤取下・再請求審査同月処理」について、「長崎県国保連合会介護給付費請求明細書及び介護予防・日常生活支援総合事業費請求明細書過誤取下及び再請求同月処理実施要領」を了解のうえ処理の実施を依頼いたします。

また、請求明細書情報の再請求もれ等処理結果については、当事業所の責任といたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日提出 |

|  |
| --- |
| 長崎県国民健康保険団体連合会 |
| 事務局長 | 様 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所住所 |  |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 電話番号 |  |
| 担当者名 |  |

* 処理対象保険者名等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者名※ | 保険者番号※ | 処理件数 | 概算調整額（差額分） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合 計 |  |  |

※生保単独の場合は、被保護者の居住市町の介護保険者名と番号を記載してください。