

# 過 誤 調 整 依 頼 票

くすのき広域連合

宛

下記のとおり過誤調整を依頼します

過 誤 区 分	1. 通常過誤 2. 同月過誤 (どちらかに必ず○を付けてください。)
---------	--

依 頼 日	年 月 日
事 業 所 番 号	*                     *
事 業 者 名	
事業者担当者名	
連絡先電話番号	( ) —
被保険者番号	*   0   0                 *
被保険者名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日
サービスの種類	
申立事由コード	*             *
サービス提供年月	年 月分
国保連への請求月 (再請求月ではありません)	年 月請求
過 誤 理 由	

1. 締め切りは通常過誤は毎月10日、同月過誤は月末です。同日が土日祝日の場合は前日です。
2. 受領印を押印した控えをご希望の場合はその旨を記入し、切手を貼付した返信用封筒を同封してください。
3. 申立事由コードが不明の場合は、記入不要です。