

令和〇年 〇月 〇日

## 過 誤 申 立 依 頼 書

館 林 市 長 あて

法人名 医療法人〇〇会  
住 所 館林市〇〇町〇〇番地  
代表者 \*\* \*\*

下記のとおり、必要書類を添付して、群馬県国民健康保険団体連合会に対する過誤申立の依頼をいたします。

### 記

- 事業所番号 10\*\*\*\*\*
- 事業所名称 医療法人〇〇会 介護老人保健施設\*\*\*\*\*  
TEL 0276-\*\*-\*\*\*\*\* FAX 0276-\*\*-\*\*\*\*\*
- 過誤申立の理由 入所期間が1月以下の場合に退所時情報提供加算を請求していたことが判明したため。
- 申立件数 1 件
- 担当者 \*\* \*\*
- 添付書類 過誤対象者一覧 1 部  
介護給付費明細書（訂正前、訂正後） 各 1 部

