

— 障害者総合支援 —

FAX:098-867-6794

沖縄県国民健康保険団体連合会
介護福祉課 介護福祉係 御中

年 月請求分再受付願い

下記「1. 了承事項」について同意いたしましたので、年 月請求分について再受付いたしますようお願い申し上げます。

記

1. 了承事項

- ・今回再提出する請求明細書等において、重大なエラー等が発生しても沖縄県国保連合会へ再々提出は行わない。
- ・初回提出分において発生したトラブルにおいて、事業所内で原因を究明し、今後発生しないよう改善を行い、更に今後同様なトラブルが発生した場合、沖縄県国保連合会の事前通告を受けずに請求明細書等提出が却下されても異議申し立てを行わない。

2. 初回提出分トラブルの原因と改善策

原因 _____

改善策 _____

3. 再提出ファイル数

- ・ 年 月請求分請求明細書ファイル 件
- ・ 年 月実績記録票ファイル 件
- ・ 年 月上旬管理結果票ファイル 件

年 月 日

事業所番号 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

請求担当者名 _____ 印

電話番号 _____