

沖縄県国民健康保険団体連合会  
介 護 福 祉 課 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 月提出分給付管理票ファイル 件

年 月請求分請求明細書ファイル 件

年 月 日

事業所番号

事業所名

代表者名

請求担当者名

請求担当者連絡先

印

印

FAX: 098-867-6794