

(別添1)

年 月 日

(医療機関名) 殿

〇〇市(区町村)

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種に係る  
過誤請求の調整のご連絡

風しんの追加的対策について、ご協力をいただきありがとうございます。

本市(区町村)が発行した風しんの抗体検査及び予防接種クーポン券を用いて貴施設を受診された方の請求について、別表のとおり請求内容に誤りがありました。既に請求金額のとおり支払済みですが、今後の貴施設からの請求に対して当該支払金額を差し引き調整(相殺)させていただくこととなりますので、ご連絡申し上げます。詳細については別紙1をご参照いただき、内容に関して疑義がある場合は、〇年〇月〇日までに下記問い合わせ先までご連絡ください。

これらについては、〇年〇月～×年×月の間に、貴施設からクーポン券を用いた風しんの追加的対策に係る請求のあった額に対して、国民健康保険団体連合会を通じて相殺のうえ、受診票等原本を返戻させていただきます。本期間中に相殺できなかった金額(残額が発生する場合)については、本期間経過後に、本市(区町村)から直接返還の請求をさせていただく場合がありますので、ご了承下さい。

なお、誤りがあった請求については、内容を訂正のうえ再度請求いただくことが可能な場合がありますので、別紙1の再請求方法の欄及び再請求額の欄をご覧ください。

【問い合わせ先】

〇〇市(区町村)     ご担当部署     ご担当者氏名  
電話番号  
E-MAIL