



介護給付費等の請求に係る留意事項について



平成 29 年 2 月 2 日（木）

栃木県国民健康保険団体連合会 介護福祉課

目次

I.介護給付費等の請求について

| | |
|------------------------------------|----|
| 1. 介護給付費等請求の流れ(簡易版) | 3 |
| 2. 介護給付費等請求から審査支払までの処理日程について..... | 4 |
| 3. 介護給付費請求明細書等の提出について | 5 |
| 4. 介護給付費等請求明細書・給付管理票の編綴方法について..... | 8 |
| 5. CD・FD 等媒体の提出について..... | 11 |
| 6. 介護報酬請求書等送付書の記載について | 12 |

II.各種届出関係について

| | |
|----------------------|----|
| 1. 各種届出の提出について | 15 |
|----------------------|----|

III.介護給付費等請求に係る返戻等の対応について

| | |
|----------------------------------|----|
| 1. 介護保険審査増減単位数通知書の対応 | 23 |
| 2. 請求明細書・給付管理票返戻(保留)一覧表の対応 | 25 |
| 3. 参考事例..... | 32 |

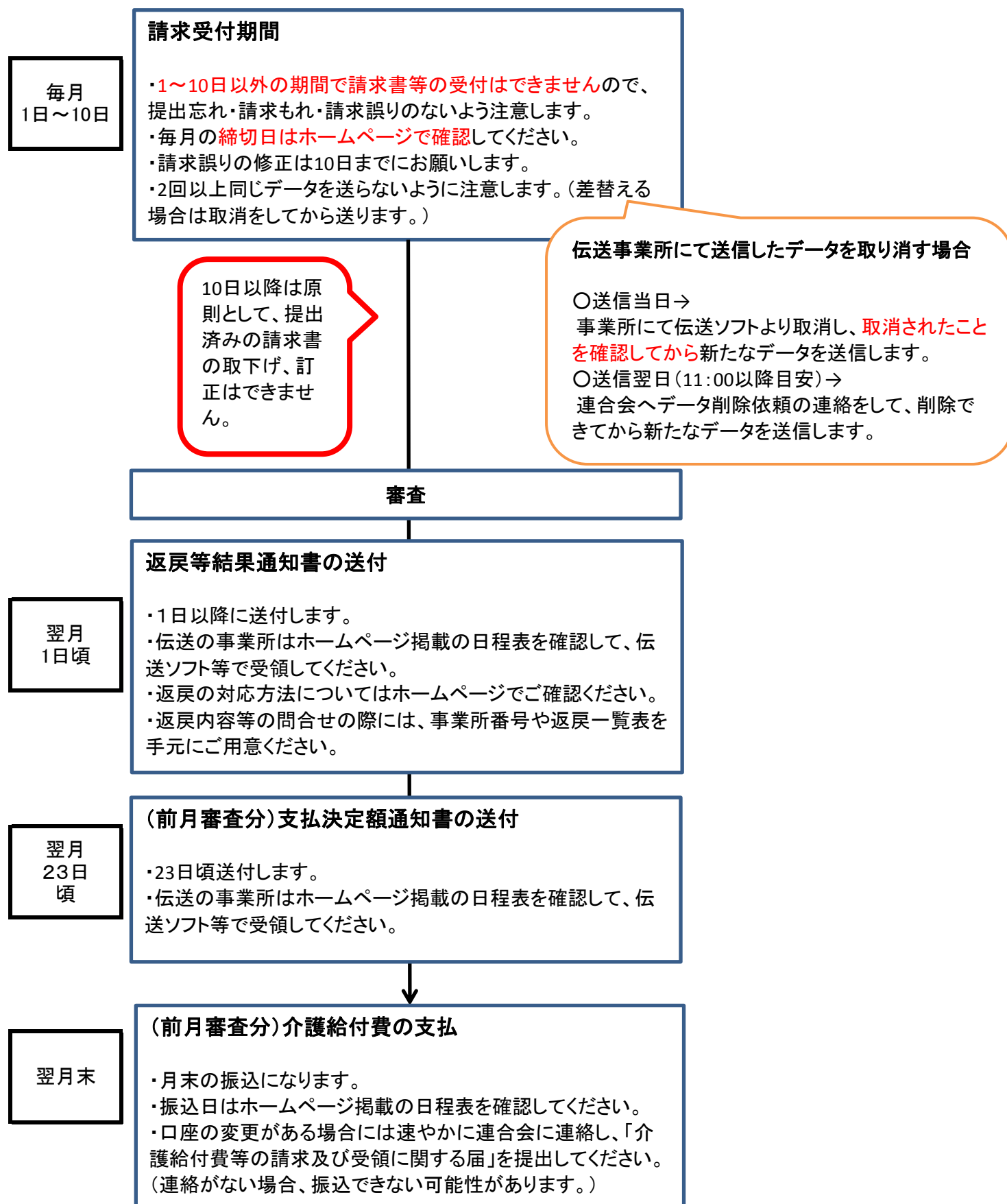
IV.参考資料

| | |
|-------------------------------|----|
| 地域区分と介護報酬単価について..... | 37 |
| 介護給付費等のインターネット請求に関するお知らせ..... | 38 |

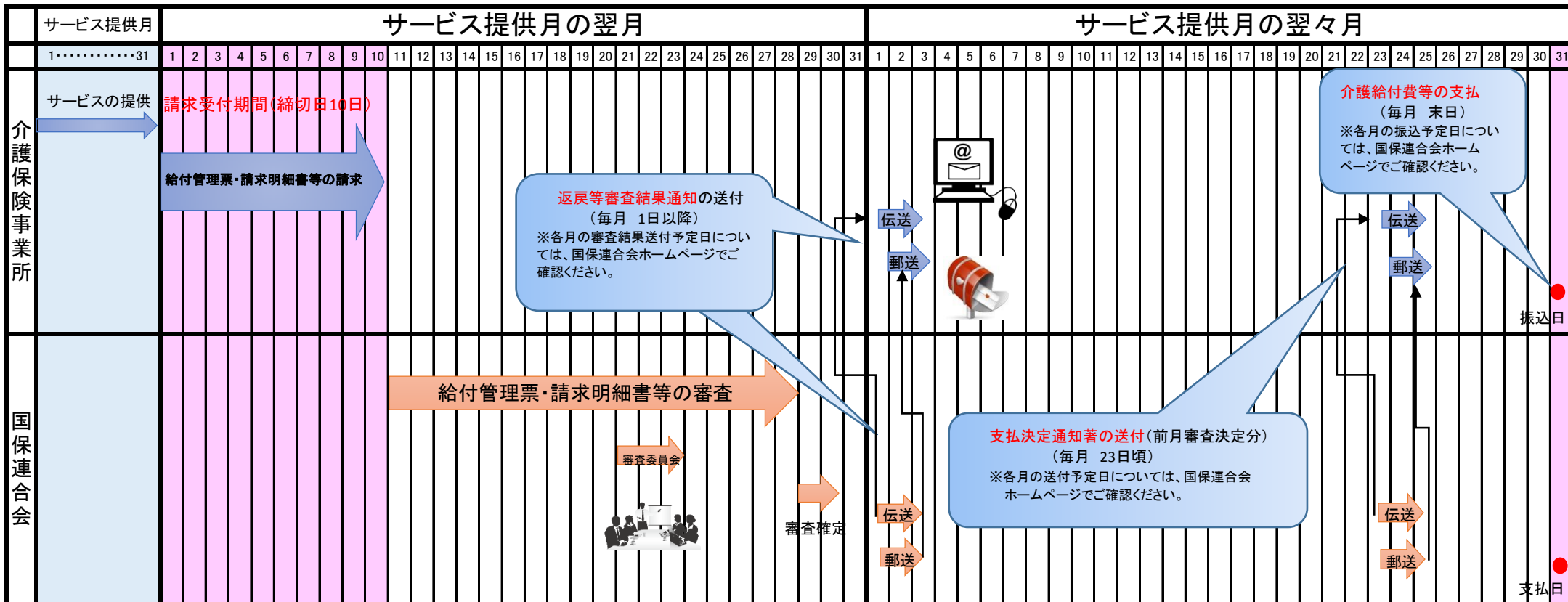
I. 介護給付費等の請求について

1. 介護給付費等請求の流れ(簡易版)

介護給付費等の請求を始めるにあたっては、栃木県国保連合会ホームページ掲載の介護給付費請求の手引きや市販の請求の手引きを必ずご覧いただくようお願いします。



2. 介護給付費等請求から審査支払までの処理日程について



3. 介護給付費請求明細書等の提出について

1. 介護給付費請求明細書等の受付

(1) 受付窓口への直接受付（本会へ直接持参される場合）

- ① 受付期間 毎月 1日から10日まで
- ② 受付時間 平日 午前9時から午後5時まで

※ 平日の7日から10日までの期間と、10日が土曜・日曜・祝日に当たる場合は、本会6階「レセプト等受付窓口」において受付を行います。休日等の年間受付予定日につきましては、本会のホームページにてご確認ください。

(2) 郵送による受付

- ① 受付期間 毎月 10日 **必着**

※ 11日以降に届いた分については、翌月受付分となりますのでご注意ください。

- ② 送付先

郵便番号 320-0033

住 所 栃木県宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同ビル6階
栃木県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 宛

※ 医療機関等において、診療報酬等明細書（医科・歯科・調剤レセプト）の郵送分と同封していただくことは可能ですが、混入を防ぐために**必ず診療報酬と介護報酬（主治医意見書作成料請求書を含む）**を別の封筒などに入れてから一緒に送付していただきますようご協力をお願いいたします。

(3) 伝送（ISDN回線・インターネット回線）による受付

- ① 受付期間 毎月1日から10日**24時まで**
- ② 受付時間 受付期間中は24時間送信可能



2. 介護給付費の請求方法

(1) 帳票（紙媒体）による請求

サービス種類に応じた様式を用いて作成した介護給付費等請求明細書や給付管理票を紙で提出する方法です。

【確認ポイント】

- ① 請求明細書や給付管理票の両面印刷は厳禁です。

※ 紙媒体による請求明細書等の情報は、本会にてデータ化を行っております。データの読み飛ばし等の原因により**審査決定ができなくなります**のでご注意ください。

- ② 印字の薄い請求明細書等で提出されていませんか？

※ **手書きで請求明細書を作成される場合は、太く大きくはっきり**としたわかりやすい数字等の記載にご協力ください。また、記載漏れ等がないかよくご確認のうえ、提出してください。

※ 請求明細書等の一部を写し等で対応されている場合やコンピューターで作成される場合は、印字が薄くなっている箇所や白紙になっている部分がないか提出前にご確認ください。

印字が読み込みできない場合は、返戻の対象となりますので十分にご確認ください。

- ③ 請求明細書を編綴する際は、「介護給付費等請求明細書・給付管理票の編綴方法について」を参考に綴ってください。

※ 特に医療機関等の場合は、診療報酬等明細書の編綴方法とは異なりますのでご注意ください。

- ④ 「**介護報酬請求書等送付書**」の提出が必要となります。

※ 本会では、事業所様から提出される提出物の種類について確認を行っております。

直接受付・郵送による受付のどちらの場合においても介護給付費等請求書や給付管理票・主治医意見書作成料請求書を本会へ提出される際は、「**介護報酬請求書等送付書**」を必ず添付していただきますようお願いいたします。記載方法については、「介護報酬請求書等送付書の記載について」をご参照ください。また、様式については、本会のホームページ(介護サービス事業者のみなさまへ→各種様式集→介護報酬請求書等送付書)よりダウンロード可能です。



- (2) 磁気媒体(FDまたはCD-R)による請求

請求情報入力ソフト等で作成した請求データ(CSVデータ)を電子媒体に格納して請求を行う方法です。

【確認ポイント】

- ① ラベルは正しく記載(貼付)されていますか？

※ **ラベルの記載(貼付)漏れにより、迷子となる媒体が多発しております。**また、読込エラーが発生した場合には再提出依頼のご連絡をさせていただきますので、「CD・FD等媒体の提出について」をご参照のうえ、すべて記載してください。

※ CD-Rの場合は、**ラベルシールを貼付せず**油性マジック等による手書きまたは印字での対応をお願いいたします。(シールを貼ると読み込みできなくなる可能性があります。)

- ② **1事業所番号につき1枚**(事業所ごとにわけて)の提出をお願いします。

※ 同じ事業所番号であれば、ファイル名称をすべて違うものにすることで複数月のファイルを格納できます。

- ③ FD・CD-Rの中には、**フォルダを作成しないようにしてください。**(データを読込むことができませんのでご注意ください。)

※ データを確認する場合は、メモ帳(Notepad)から開くことにより確認可能です。

- ④ 処理年月(請求年月)の登録誤りはありませんか？

※ 前月サービス提供分(前月に提出済み分)を再度格納されるケースがあります。提出する前に月分の誤りがないかもう一度お確かめください。

- ⑤ 「**介護報酬請求書等送付書**」の提出が必要となります。

※ 本会では、事業所様から提出される提出物の種類について確認を行っております。

直接受付・郵送による受付のどちらの場合においても介護給付費等請求書や給付管理票・主治医意見書作成料請求書を本会へ提出される際は、「**介護報酬請求書等送付書**」を必ず添付していただきますようお願いいたします。記載方法については、「介護報酬請求書等送付書の記載について」をご参照ください。また、様式については、本会のホームページ(介護サービス事業者のみなさまへ→各種様式集→介護報酬請求書等送付書)よりダウンロード可能です。

(3) 伝送(ISDN回線またはインターネット)による請求

事業所側と国保連合会側でISDN回線またはインターネット回線を接続してデータの送受信を行う方法です。



【確認ポイント】

① 請求データが確実に送付できているか**送信結果を必ず確認してください。**

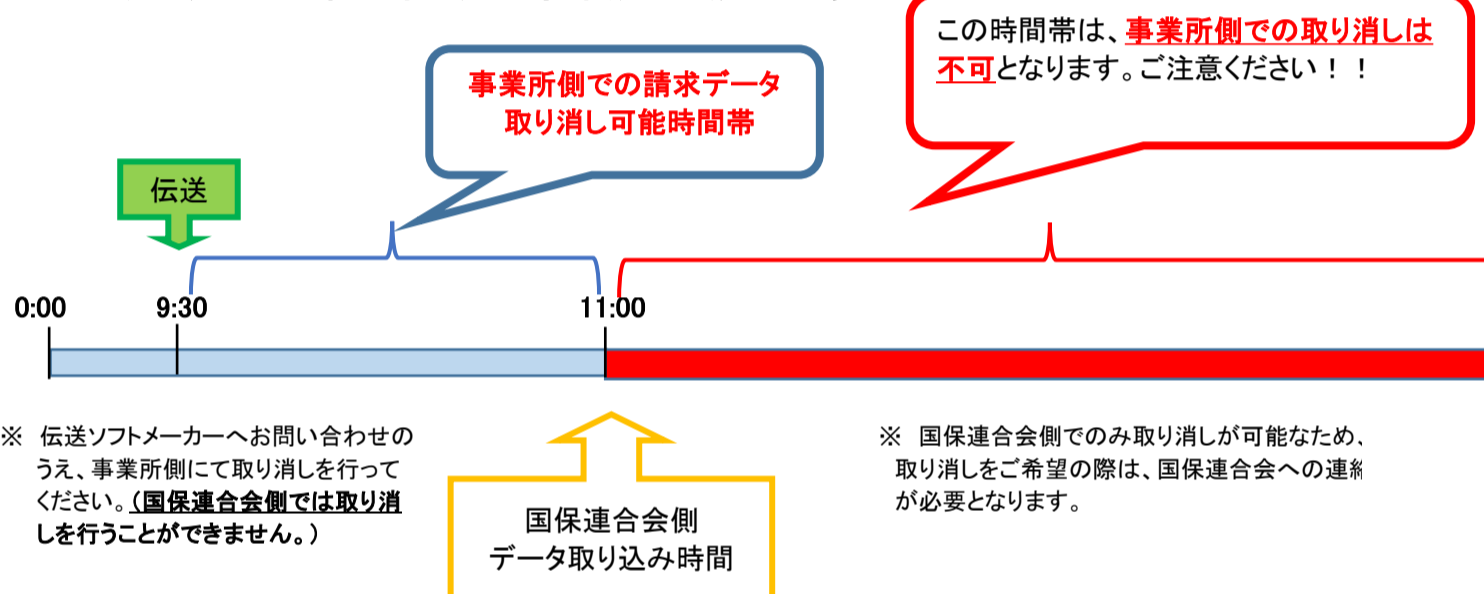
※ 送信結果の確認をされずにエラーが発生したままの状態になっている場合、**10日の提出締切日を過ぎても請求がないことになってしまいます**のでご注意ください。また、複数回送付されているケースや送付予定のファイル数の一部が届いていないケースも多く発生しておりますのでご確認願います。

② 国保連合会側では、**毎日午前11時に請求データの取り込み**を行っております。

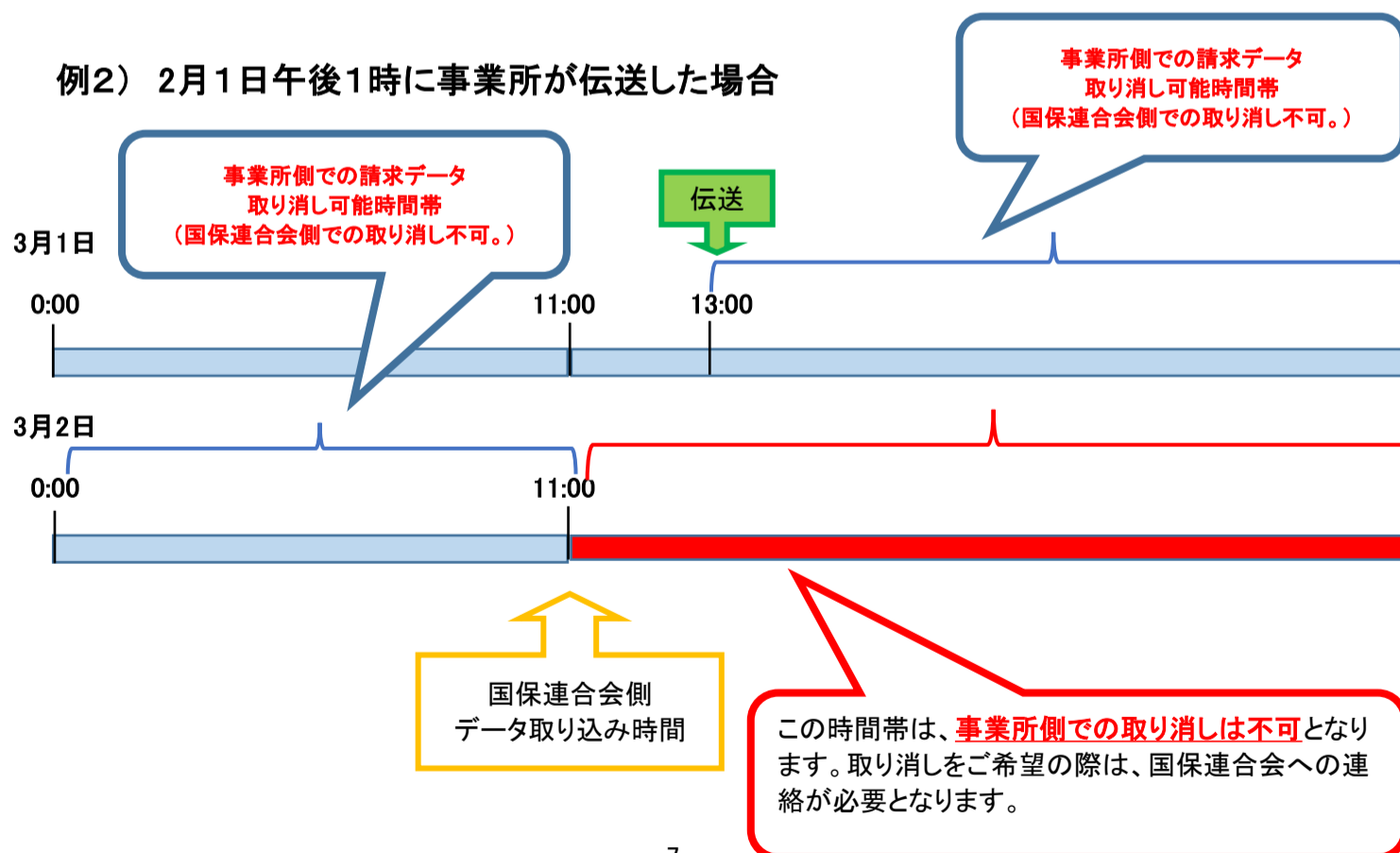
※ **連合会側での請求データ取り込み時間までは、事業所側にてデータの取り消しを行うことが可能です。**ただし、**請求データの取り込みが完了(午前11時以降)**してしまいますと、**事業所側での取り消しができません。**取り消しをご希望の場合は、本会へ連絡してください。

※ 事業所側にて取り消しが可能な期間は、**毎月1日～10日**となります。

例1) 2月1日午前9時30分に事業所が伝送した場合



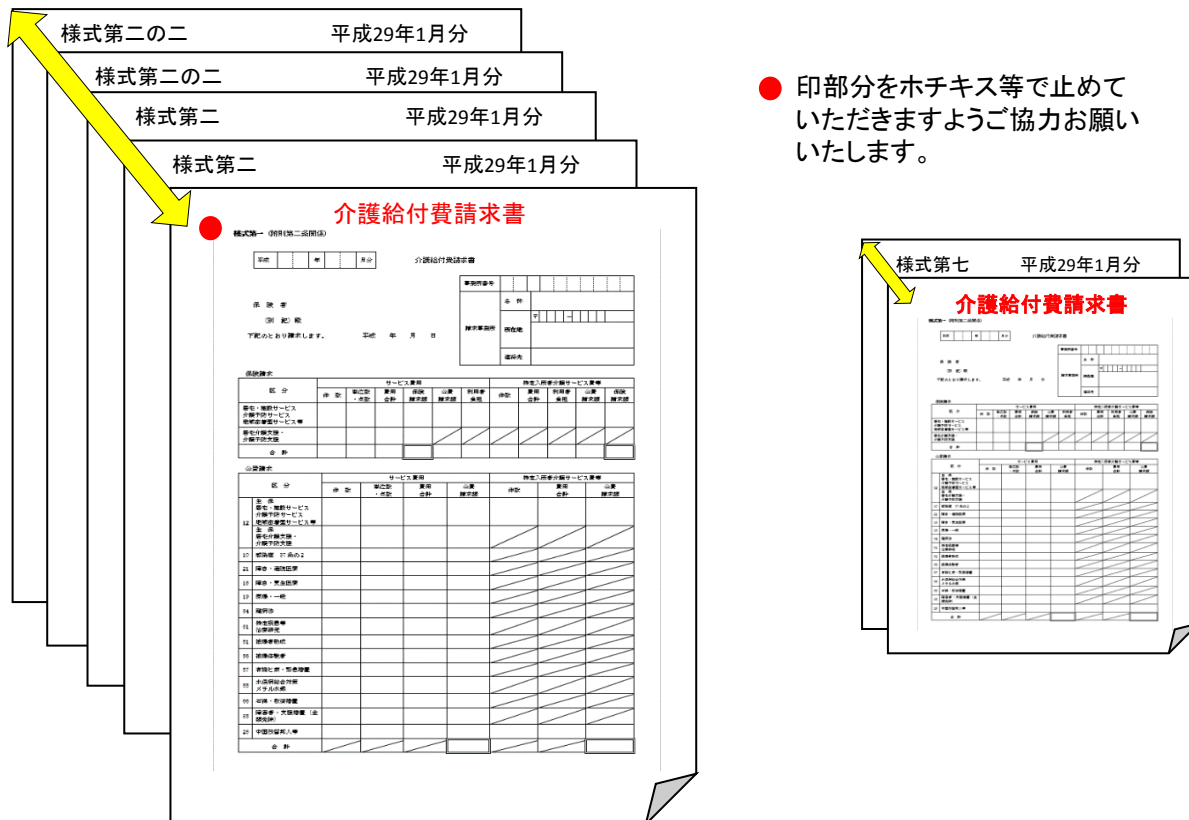
例2) 2月1日午後1時に事業所が伝送した場合



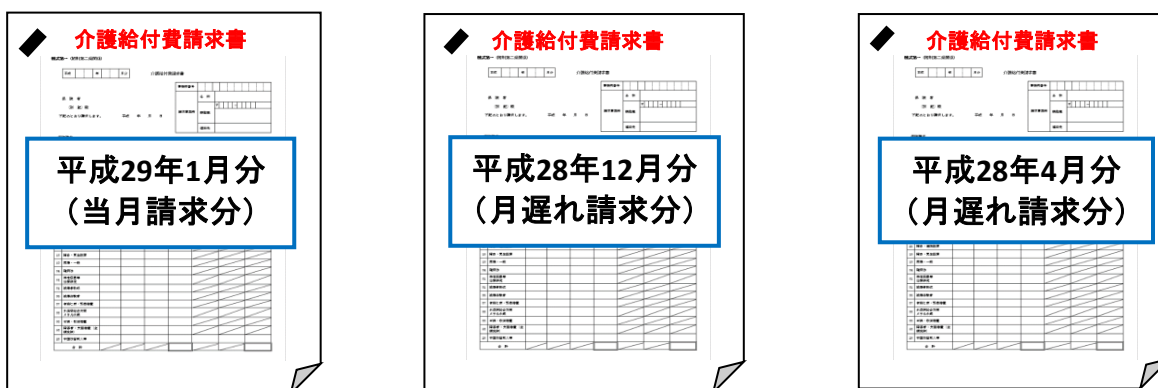
4. 介護給付費等請求明細書・総合事業費等請求明細書 ・給付管理票の編綴方法について

1. 介護給付費等請求明細書の編綴

- 介護給付費等請求明細書は、**サービス提供年月別の明細書様式ごと**に分ける。
 - ※ ただし、様式第二と二の二、様式第七と七の二など要介護と要支援で同一様式の場合は別冊にする必要はありません。
 - 誤りの多い事例
 - ☆ 様式第二と様式第六をまとめる→別冊となります。
 - ☆ 様式第二の二と二の三をまとめる→様式二の三は介護予防・日常生活支援総合事業の請求明細書であるため別冊としてください。(請求書も異なる様式です。)
 - ☆ 請求明細書と給付管理票と一緒に編綴する。→別冊となります。
- ※ **保険者番号ごとに分ける必要はありません。**
- ※ 請求書を添付する際は、請求明細書に**様式番号が記入されているか**を必ずご確認ください。入っていない場合は、記入をお願いいたします。
- 介護給付費等請求明細書は、請求書単位で**左上角を必ずホチキス又は綴じひも(コヨリ等)を使用して止めてください。**

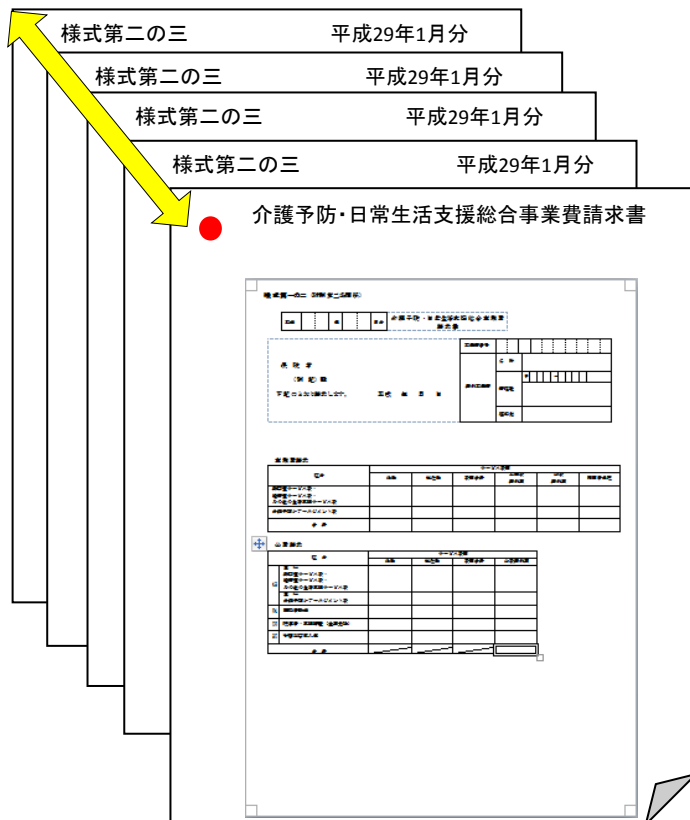


※ サービス提供月が複数月ある場合は、それぞれ請求書を添付するため複数冊での提出となります。



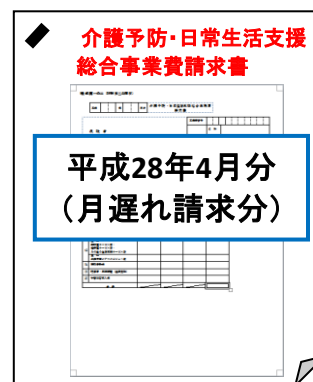
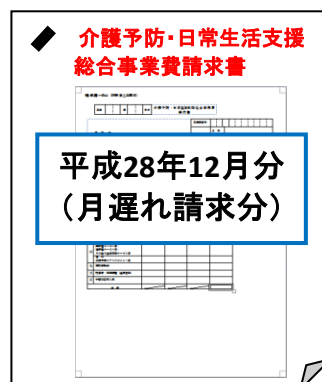
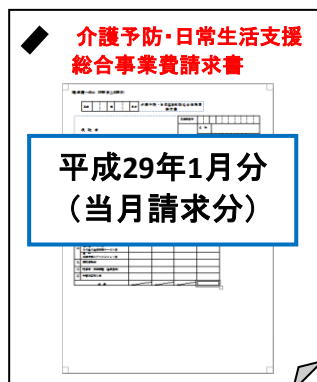
1-2. 総合事業費等明細書の編綴

- 総合事業費等明細書は、**サービス提供年月別**に分ける。
 - ※ 総合事業費明細書は、平成29年1月現在本会に請求できるものは様式第二の三のみとなっておりますので、様式第二の三だけをまとめてください。
- 総合事業費等明細書は、**介護予防・日常生活支援総合事業費請求書(様式一の二)**を請求書として使用する。
 - 誤りの多い事例 ☆ 様式第二の二と三をまとめる→様式第二の三は介護予防・日常生活支援総合事業の請求明細書であるため別冊としてください。(請求書も異なる様式です。)
 - ※ **保険者番号ごとに分ける必要はありません。**
 - ※ 請求書を添付する際は、請求明細書に**様式番号が記入されているか**を必ずご確認ください。入っていない場合は、記入をお願いいたします。
- 介護給付費等請求明細書は、請求書単位で**左上角を必ずホチキス又は綴じひも(コヨリ等)を使用して止めてください。**



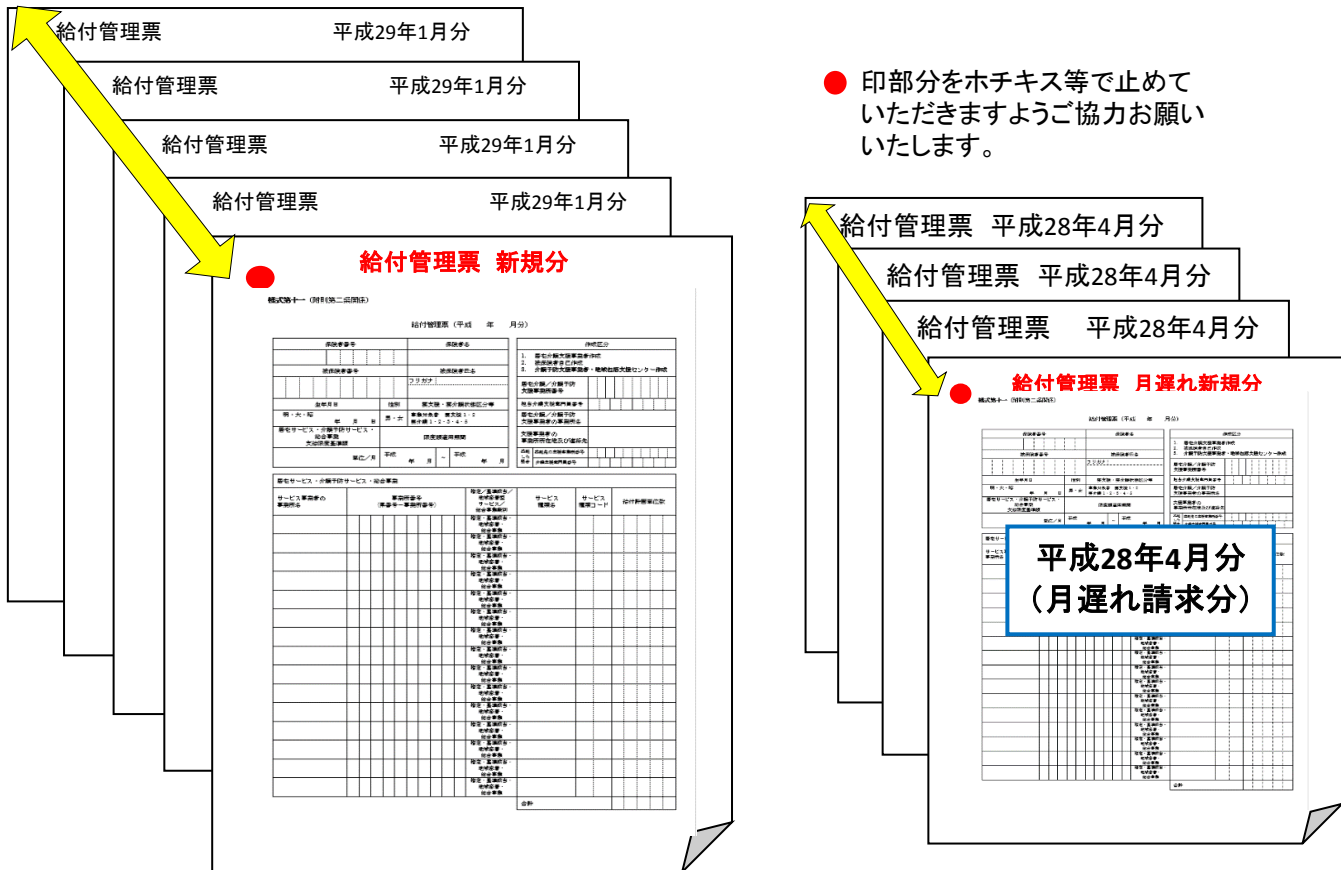
● 印部分をホチキス等で止めていただきますようご協力お願いいたします。

※ サービス提供月が複数月ある場合は、それぞれ請求書を添付するため複数冊での提出となります。



2. 給付管理票の編綴

- 給付管理票は、サービス提供年月別の作成区分(新規・修正・取消)ごとに分ける。
 - ※ 保険者番号ごとに分ける必要はありません。
 - ※ 作成区分が修正・取消の場合は、給付管理票の右上部余白に、『修正』または『取消』と朱書きでご記入いただきますようお願いいたします。
- 給付管理票は、作成区分単位で必ず左上角をホチキス又は綴じひも(コヨリ等)で止めてください。

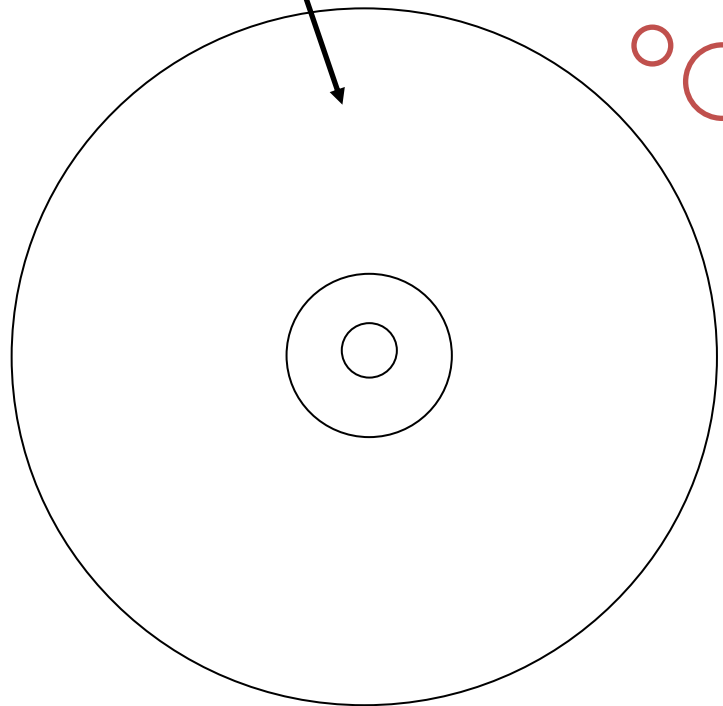


給付管理票の修正を行う際は、給付管理票の右上部余白に『修正』と朱書きしてください。

5. CD・FD等媒体の提出について ※媒体の種類にかかわらず、すべて以下のように記載する(CDでもFDでも同じ)

事業所番号 : 09XXXXXXXX
事業所名称 : ○○○○○○○○
サービス提供月 : 平成XX年XX月分
提出年月日 : 平成XX年XX月XX日
媒体枚数 : XX枚中XX枚目
電話番号 : XXX-XXX-XXXX
(提出先) 栃木県国保連合会

事業所番号 : 「09」から始まる10桁の事業所番号
事業所名称 : 請求する事業所の名前
サービス提供月 : 請求するサービス提供月
※月遅れ請求がある場合は「平成XX年XX月～平成YY年YY月」と記載
提出年月日 : 提出する年月日
媒体枚数 : 「1枚中1枚目」と記載
※2枚以上になる場合は「2枚中1枚目」「2枚中2枚目」のように記載
電話番号 : 事業所の連絡先



注意点

- ・1事業所につき1枚(事業所ごとにわけて)の提出をお願いします。
- ・CD-Rの場合にはラベル(シール)を貼付せず、手書き(マジック等)またはプリンタで印字して必要事項を記載してください。(シールを貼ると読み込みできない可能性があります。)
- ・CD-Rを傷から守るため専用ケース・不織布ケース等に入れて提出をお願いします。
- ・請求可能な媒体はCD-R・FD・MO等です。(USB不可)

6. 介護報酬請求書等送付書の記載について(帳票での請求)

(介護事業所用)

介護報酬請求書等送付書

事業所番号 : 0 9 1 0 1 2 3 4 5 6

事業所名 : 国保連介護事業所

| | | |
|----------|----------|------------------|
| 請求明細書(紙) | 給付管理票(紙) | 主治医意見書 作成料請求書 |
| 5 件 | 件 | 10 件 |
| ファイ | | |
| (ファイル数) | | .CSV |
| | | .CSV |
| | | .CSV |
| | | .CSV |
| | | .CSV |

(※提出件数・提出媒体枚数)

联合会使用欄

| | |
|-----|-----|
| 受 付 | 確 認 |
|-----|-----|

介護報酬請求書等受領書

事業所番号 : 0 9 1 0 1 2 3 4 5 6

事業所番号は必ず「10桁の数字」をご記載ください。

事業所番号に対応した事業所名をご記入ください。

受 付 印

○その他注意事項

- ・1事業所1枚にまとめてご提出ください。
- ⇒ 月遅れ分は、当月の合計件数とまとめて記載ください。
- ⇒ 帳票(紙)の提出と媒体の提出の両方がある場合も同一の用紙にご記載ください。

帳票で提出の場合

※郵送での送付の場合、受領書は返送いたしませんのでご了承ください。

6. 介護報酬請求書等送付書の記載について(媒体での請求)

(介護事業所用)

介護報酬請求書等送付書

介護報酬請求書等受領書

事業所番号 :

媒体で提出の場合

事業所番号 :

事業所名 :

連合会に提出する媒体に○を付けてください。
※記載以外の媒体は受け付けません。

| 提出物 | 媒体口 (FD・MO・ CD-R) | 主治医意見書 作成料請求書 | |
|-----------------------|------------------------------|------------------|---|
| | | 件 | 件 |
| 1 枚 2 個 (ファイル数) | ○ | ファイル名 | |
| | | 12345678 .CSV | |
| | | 987654 .CSV | |
| | | .CSV | |
| | | .CSV | |
| | | .CSV | |
| | | .CSV | |

事業所番号は必ず「10桁の数字」をご記載ください。

事業所番号に対応した事業所名をご記入ください。

(※提出枚数・提出媒体枚数及びファイル名・ファイル数をご記入ください。)

連合会使用欄

連合会に提出する媒体に格納した全てのファイルの名称をご記載ください。

確認

連合会に提出する媒体の枚数をご記載ください。

連合会に提出する媒体に格納したファイルの合計数をご記載ください。

受付印

○その他注意事項

- ・1事業所1枚にまとめてご提出ください。
- ⇒ 月遅れ分は、当月の合計件数とまとめて記載ください。
- ⇒ 帳票(紙)の提出と媒体の提出の両方がある場合も同一の用紙にご記載ください。

※郵送での送付の場合、受領書は返送いたしませんのでご了承ください。

Ⅱ. 各種届出関係について

1. 各種届出の提出について

1. 介護給付費等請求及び受領に関する届出

栃木県または宇都宮市より新規の指定を受けた介護保険事業所が、介護給付費等の請求を行う際は、あらかじめ**介護報酬の振込先や請求方法などの事業所情報を国保連合会へ登録**する必要があります。新規事業所については、栃木県または宇都宮市から毎月初旬に新規指定情報が届き次第、本会より「介護給付費等請求及び受領に関する届出」を送付しますので、必要事項を漏れなく記載して**指定の締切日までに**ご返送くださいますようお願いいたします。

【確認ポイント】

- ① 届出事項に変更が生じた場合は、**速やかに本会へ連絡して変更の手続きを行ってください。**

※特に振込先や口座名義人が変更になった場合は、**月末の介護報酬の振込ができなくなる恐れがありますので十分ご注意ください。**

以下のような場合は、変更の手続きが必要です！

事業所の住所変更、請求者・口座名義人が変更となる場合、振込先の変更、請求方法の変更(ISDN回線⇄インターネット回線、紙媒体⇄FD/CD等)

- ② 届出様式のホームページ等による掲載は行っておりません。電話による取り扱いのみとなります。
※本会より発送する届出には、裏面に**管理番号**を付しています。**管理番号がないものは無効となりますので、本会へ返送する際は必ず届出原本を提出してください。**
- ③ 新規による届出や振込先・口座名義人が変更となる場合は、**振込先の通帳の写しが必要となります**のであらかじめご用意いただき、届出を提出する際に同封してください。

2. 再発行依頼書

本会より事業所側へ送付済みの審査結果通知等や介護給付費支払決定額通知書の帳票について、紛失などの理由により再度送付を希望する場合に提出する届出となります。

【確認ポイント】

- ① 届出の様式については、本会のホームページ(介護サービス事業者のみなさまへ→各種様式集→再発行依頼書)よりダウンロード可能です。
- ② 帳票による再発行の場合は、切手を貼付した返信用封筒も一緒に送付してください。
- ③ **インターネット請求を行っている事業所様については、原則再発行依頼は行っておりませんのでご注意ください。**

3. 伝送接続先電話番号 変更依頼書

伝送ISDN回線で請求を行っている事業所様において、**ISDN回線の接続先電話番号を変更する場合**に提出する届出となります。

【確認ポイント】

- ① すでにインターネット回線による請求を行っている事業所様は、この届出を提出する必要はありません。(ISDN回線で請求される事業所のみ提出可能です。)
- ② 届出の様式については、本会のホームページ(介護サービス事業者のみなさまへ→各種様式集→「伝送接続先電話番号 変更依頼書」)よりダウンロード可能です。

4. 介護給付費審査結果の受取方法変更届 (伝送による通知に関する届出)

伝送ISDN回線で請求を行っている事業所様において、**審査結果通知等の受け取りを帳票(紙媒体)から伝送での受け取りに変更を希望する場合**、又は、伝送通信ソフトの不具合により受信ができない等の理由で、**審査結果通知等の受け取りを伝送から帳票(紙媒体)での受け取りに変更を希望する場合**に提出する届出となります。

※ この届出は、平成28年4月より「伝送による通知に関する届出」から「介護給付費審査結果の受取方法変更届」に名称が変更となり、内容も一部変更となりますのでご注意ください。

【確認ポイント】

- ① 届出の変更区分を帳票→伝送(ISDN)にする場合は、必ず事業所側で使用している伝送通信ソフトが国保連合会側で送信する**審査結果通知等のデータが受信可能なソフトであるか**をご確認のうえ、届出を提出してください。
- ② **伝送ISDN回線のID・パスワード(電子請求登録結果に関するお知らせ)の発行時期**により、国保連合会側で審査結果通知等を送付する**初期設定が異なります**。
 - ☆ 平成28年3月9日以前にID・パスワードを発行している場合
⇒ **通知等の受け取りは紙媒体(帳票)で設定**
 - ☆ 平成28年3月10日以降にID・パスワードを発行している場合
⇒ **通知等の受け取りは伝送ISDN回線で設定**
- ③ 届出の様式については、本会のホームページ(介護サービス事業者のみなさまへ→各種様式集→「介護給付費審査結果の受取方法変更届」)よりダウンロード可能です。

※すべての届出についてFAXでの受付は行っておりません。

(郵送または直接持参をお願いいたします。)

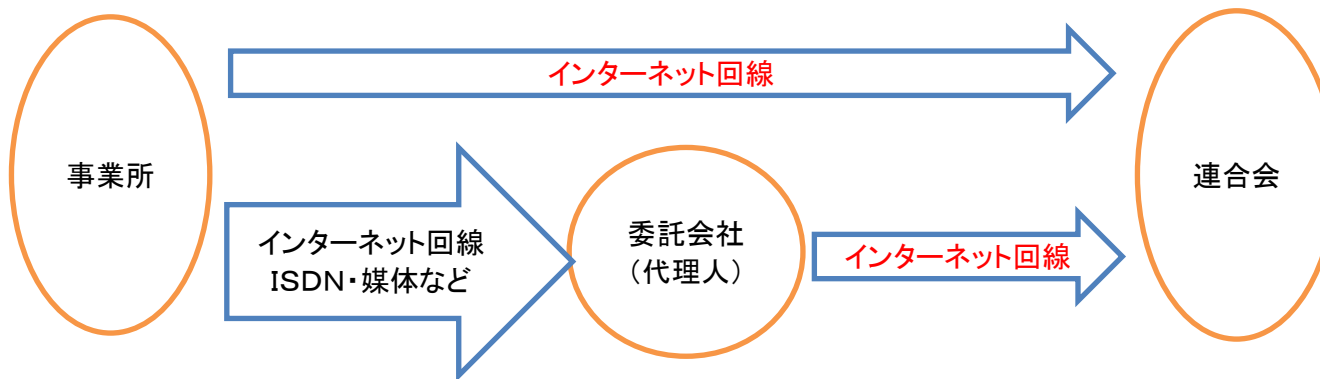


【参考】 「介護給付費等の請求及び受領に関する届」に係る請求方法について

以下の流れの場合、請求方法はインターネットではなくISDNでの請求になります。
「介護給付費等の請求及び受領に関する届」では**伝送(ISDN)**を選択します。



以下の流れの場合、請求方法はインターネットになります。
「介護給付費等の請求及び受領に関する届」では**伝送(インターネット)**を選択します。



※ 委託会社を経由しての請求を行う場合、委託会社と連合会間の接続が「ISDN」と「インターネット」のどちらになるのか必ずご確認ください。

再発行依頼書

平成 年 月 日

栃木県国民健康保険団体連合会
介護福祉課 行

太枠線内の項目について、記載漏れや誤りがないかどうかよくご確認のうえご提出いただきますようお願いいたします。

| | | | | | | | | | |
|-------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 | 0 | 9 | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | |
| 代表者氏名 | ⑩ | | | | | | | | |
| 担当者氏名 | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | |

下記に該当する書類の再発行を依頼します。

| 審査年月 | | 平成 年 月 | | 審査分 | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------|---|-----|---|
| 再送付時の媒体 | | <input type="checkbox"/> 伝 送 | | <input type="checkbox"/> 帳 票 | | | |
| 要・不要の別 | | 種類 | 帳 票 名 称 | 連合会使用欄 | | | |
| <input type="checkbox"/> 必要 | <input type="checkbox"/> 不要 | 支払 | 介護給付費等支払決定額通知書 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 必要 | <input type="checkbox"/> 不要 | | 介護給付費 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 必要 | <input type="checkbox"/> 不要 | | 介護給付費 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 必要 | <input type="checkbox"/> 不要 | | 介護給付費 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 必要 | <input type="checkbox"/> 不要 | 返戻 | 介護保険審査増減率通知書 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 必要 | <input type="checkbox"/> 不要 | | 請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 必要 | <input type="checkbox"/> 不要 | 処遇 | 介護職員処遇改善加算総額のお知らせ | | | | |
| <input type="checkbox"/> 必要 | <input type="checkbox"/> 不要 | 主治医 | 主治医意見書料支払明細一覧表 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 必要 | <input type="checkbox"/> 不要 | 伝送 | 伝送請求用ID・パスワード (介護保険事業所の電子請求登録結果に関するお知らせ) | | | | |
| 再発行の理由 | | | | | | | |
| 連合会使用欄 | | 受付日 | / | 作成日 | / | 送付日 | / |

必要なものにして点チェックをいれてください。

★ 確認ポイント

- 複数審査年月分の再発行が必要な場合は、**審査年月ごと**に依頼書を作成してください。
- 伝送による再送信は、**伝送で結果の受け取りを行っている事業所のみ**となります。
- 直接、国保連合会へ依頼書の提出及び受け取りをご希望の場合は、あらかじめ電話連絡をお願いいたします。(来会の際は、身分証をお持ちください。)

伝送接続先電話番号 変更依頼書

国保連合会へ提出する日をご記入ください。

平成 年 月 日

栃木県国民健康保険団体連合会

介護福祉課 宛

| | | | | | | | | | | | |
|-------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 事業所番号 | 0 | 9 | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | |
| 代表者氏名 | | | | | | | | | | | 印 |
| 担当者氏名 | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | |

太枠線内の項目について、記載漏れや誤りが無いかどうかよくご確認のうえご提出いただきますようご協力お願いいたします。

※接続先電話番号に誤りがあると、新番号でのアクセスができなくなってしまうのでご注意ください。

下記の通り伝送における接続先電話番号の変更を依頼します

| | | | | | | |
|-----------------|-----|---|-----|---|-----|--|
| (旧)伝送番号 | | | | | | |
| (新)伝送番号 | | | | | | |
| (新)伝送番号でアクセスする日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | | |
| 連合会使用欄 | 受付日 | / | 変更日 | / | 担当者 | |

★ 確認ポイント

- **接続先電話番号は、ISDN回線の接続先電話番号になります。事業所の連絡先電話番号ではありませんので、お間違えのないようご注意ください。**
 (旧)伝送番号・・・**変更前**の回線番号をご記入ください。
 (新)伝送番号・・・**変更後**の回線番号をご記入ください。
- **(新)伝送番号でアクセスする日は、新伝送番号への切り替えを行う日となります。**
 ※請求受付締切日(毎月10日)や支払決定通知書(毎月25日前後)・審査結果通知(毎月1日前後)の送信予定日当日はなるべく避けていただきますようご協力お願いいたします。切り替えのタイミングにより、旧伝送番号でのアクセスや情報の受け取りができなくなる可能性があります。
- 接続先電話番号の切り替え完了のお知らせは行っておりません。新伝送番号での接続確認については、事業所側でお願いいたします。
- **接続先電話番号の変更によるISDN回線請求ID・パスワードの変更はありません。**
 (以前からご使用のID・パスワードを引き続きご使用ください。)

☆☆☆ この届出は、**伝送ISDN回線で請求を行っている事業所のみ**提出することができます。☆☆☆

介護給付費審査結果の受取方法変更届

国保連合会へ提出する日をご記入ください。

平成 年 月 日

栃木県国民健康保険団体連合会

理事長 佐藤 栄 一 様

太枠線内の項目について、記載漏れや誤りがないかどうかよくご確認のうえご提出いただきますようご協力お願いいたします。

開設者 住所
氏名

㊞

下記の事業所について、審査結果等に関する通知の受け取りを、伝送により行います。

| | |
|-------|---------------------------------|
| 事業所番号 | |
| 事業所名称 | (フリガナ) |
| 所在地 | (フリガナ) 〒 |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |
| 変更区分 | 伝送 (ISDN) → 帳票 ・ 帳票 → 伝送 (ISDN) |
| 異動年月日 | 平成 年 月 受け取り分より |

ご希望の変更区分に○印を付して、変更受け取り月をご記載ください。

★ 確認ポイント

重要 伝送ISDN回線のID・パスワード(電子請求登録結果に関するお知らせ)の発行時期により、国保連合会側で審査結果通知等を送付する初期設定が異なります。

平成28年3月9日以前にID・パスワードを発行している場合 ⇒ 通知等の受け取りは紙媒体(帳票)で設定

平成28年3月10日以降にID・パスワードを発行している場合 ⇒ 通知等の受け取りは伝送ISDN回線で設定

○ 事業所番号ごとに1枚の提出が必要になります。

○ 異動年月日は、伝送ISDN回線にて審査結果通知等の受け取りを変更する月をご記入ください。

※ただし、届出をご提出いただいたタイミングにより国保連合会側ですでに各種通知の作成処理を行っている場合は切り替え月が翌月になる場合もございますのでご了承ください。

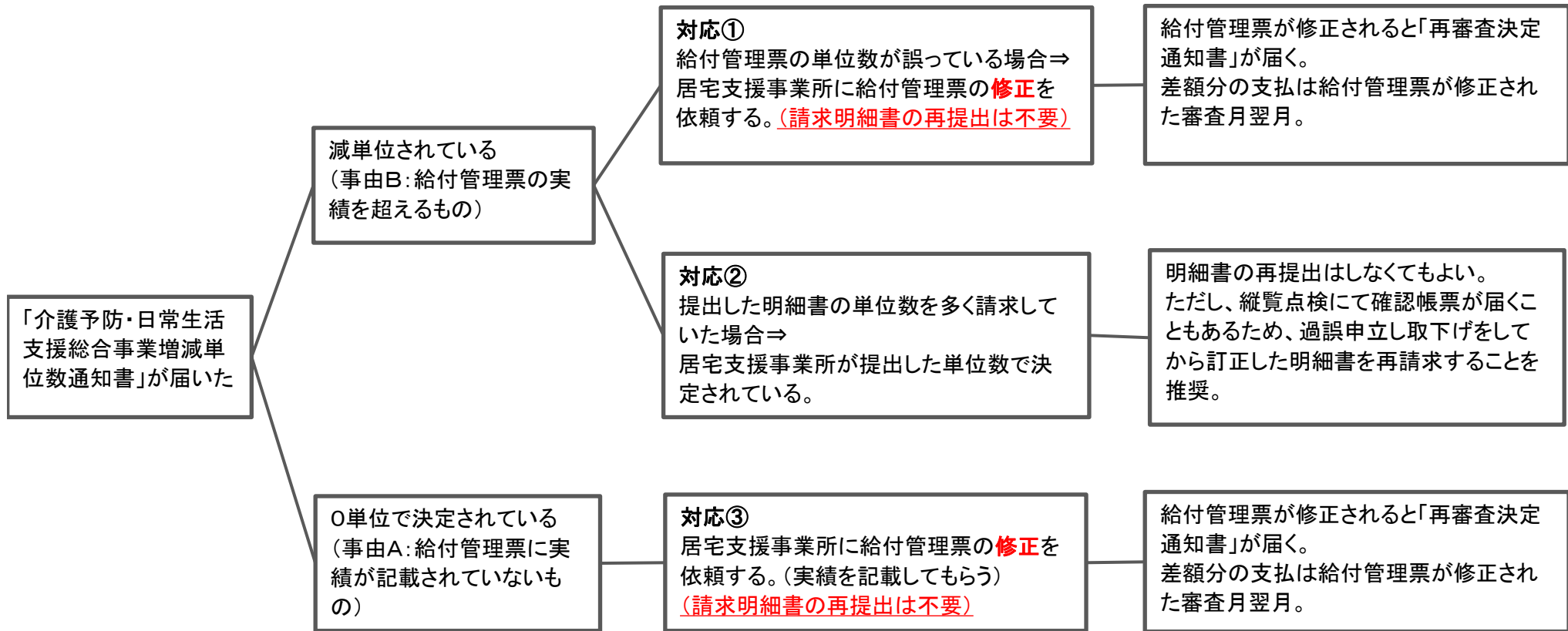
例) 平成29年4月受取分(平成29年3月審査結果)から変更する場合は、平成29年4月と記載してください。

○ この届出は、伝送ISDN回線で請求を行い、審査結果通知等の受け取りについて紙媒体または伝送で希望する

このページは白紙です

Ⅲ. 介護給付費等請求に係る返戻等の対応について

1. 介護予防・日常生活支援総合事業審査 増減単位数通知書の対応



介護予防・日常生活支援総合事業審査増減単位数通知書

例

事業所番号 0970000000

事業所名 ○○介護

| 保険者番号 | 被保険者番号 被保険者氏名 | サービス提供年月 | サービス種類コード | サービス項目コード | 増減単位数 | 事由 | 内 容 | 連絡事項 |
|--------|---------------------|----------|-----------|-----------|--------|----|-------------------------------------------------|-------------|
| 09XXXX | 0001234567 介護 太郎 | H29.1 | A1 | 1111 | | | | |
| 09XXXX | 0001234567 介護 太郎 | H29.1 | A1 | 2411 | | | | |
| 09XXXX | 0001234567 介護 太郎 | H29.1 | A1 | 8000 | -4,924 | A | 給付管理票に実績が記載されていないもの 確定単位数 (0) 請求単位数 (4924) | 対応③ |
| 09XXXX | 0007654321 介護 花子 | H29.1 | A1 | 1111 | | | | |
| 09XXXX | 0007654321 介護 花子 | H29.1 | A1 | 2511 | | | | |
| 09XXXX | 0007654321 介護 花子 | H29.1 | A1 | 8000 | -1,088 | B | 給付管理票の実績を超えるもの 確定単位数 (5427) 請求単位数 (6515) | 対応① または② |

①「保険者番号」「被保険者番号」、「被保険者氏名」
減点となった請求明細書等の保険者番号と被保険者番号に該当する受給者情報の被保険者氏名。

②「サービス提供年月」
減点となった請求明細書等のサービス提供年月。

③「増減単位数」
減点となった請求明細書等の単位数。

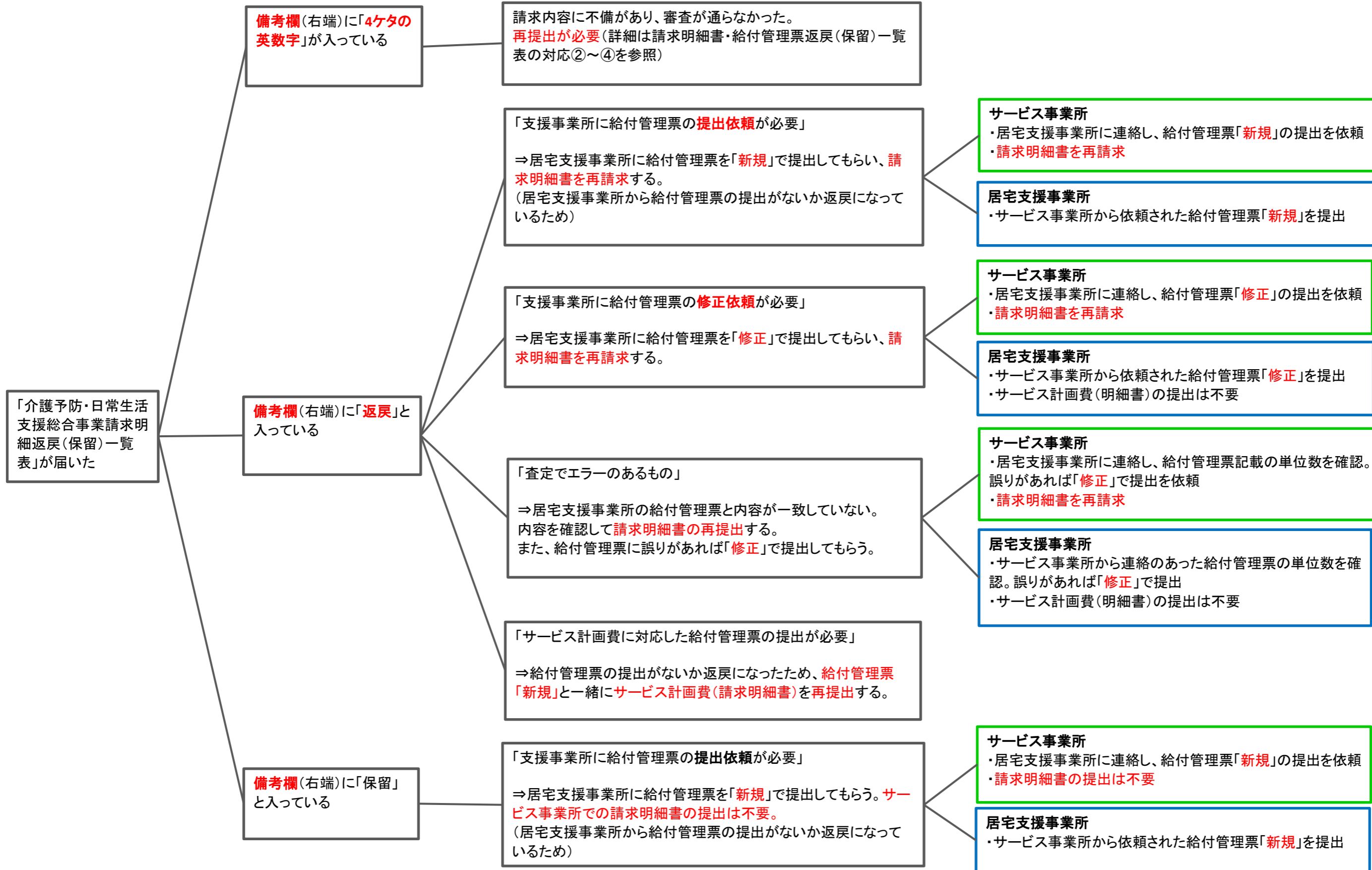
⑤「内容」
減点となった理由が表示されます。
上段に減点の事由、下段に「確定単位数」(実際に支払される単位数)と「請求単位数」(請求明細書に記載されている請求単位数)

④「事由」
減点(または増点)の事由(アルファベット1文字の記号)。

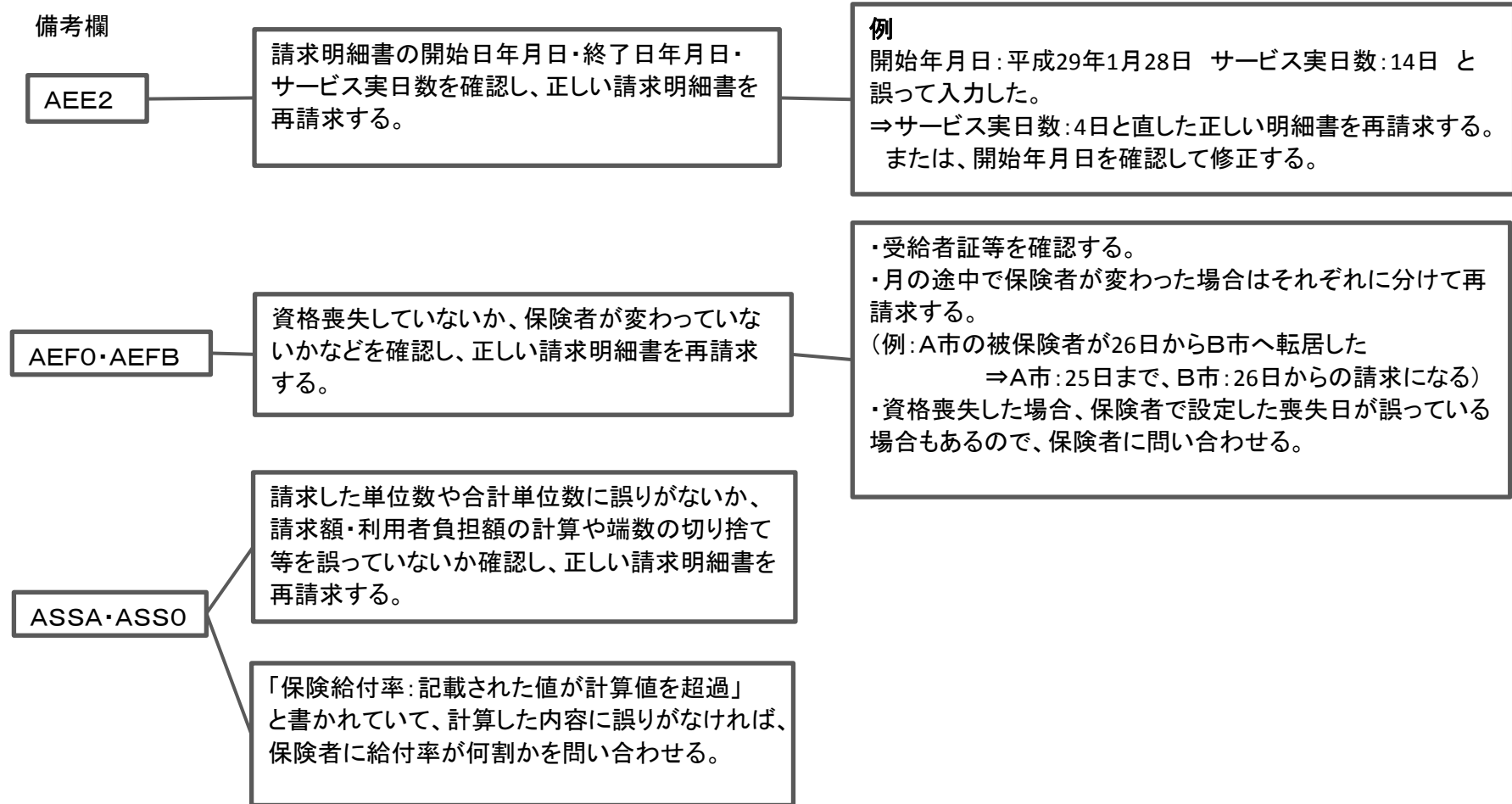
○事由記号の内容

| 上限審査分 | | 出来高分 | |
|-------|---------------------|------|----------------------|
| 記号 | 内 容 | 記号 | 内 容 |
| A | 給付管理票に実績が記載されていないもの | C | 適応と認められないもの |
| | | D | 過剰と認められるもの |
| | | E | 重複と認められるもの |
| B | 給付管理票の実績を超えるもの | F | 担当規程に反するもの |
| | | G | 前記の外、不適當、不必要と認められるもの |

2. 介護予防・日常生活支援総合事業請求明細返戻(保留)一覧表の対応



介護予防・日常生活支援総合事業請求明細返戻(保留)一覧表の対応 ② 【サービス事業所】



備考欄

ANN2

同じ月に請求明細書が2枚以上
請求されている。

同じ内容の明細書を2枚請求した。
⇒1枚審査が通っているので再請求は不要。

内容の違う明細書を2枚請求した。
⇒1枚審査が通っているので、保険者に過誤申立をし、取り下げた後で正しい内容のものを再請求する。

前月に「保留」となっていた明細書を請求した。
⇒「保留」の場合は再請求不要。ただし、請求した内容が誤っている場合は、審査決定後、過誤申立をし、取り下げたあとで正しく再請求する。

誤って前月と同じ明細書を請求した。
⇒再請求は不要。

ANN4

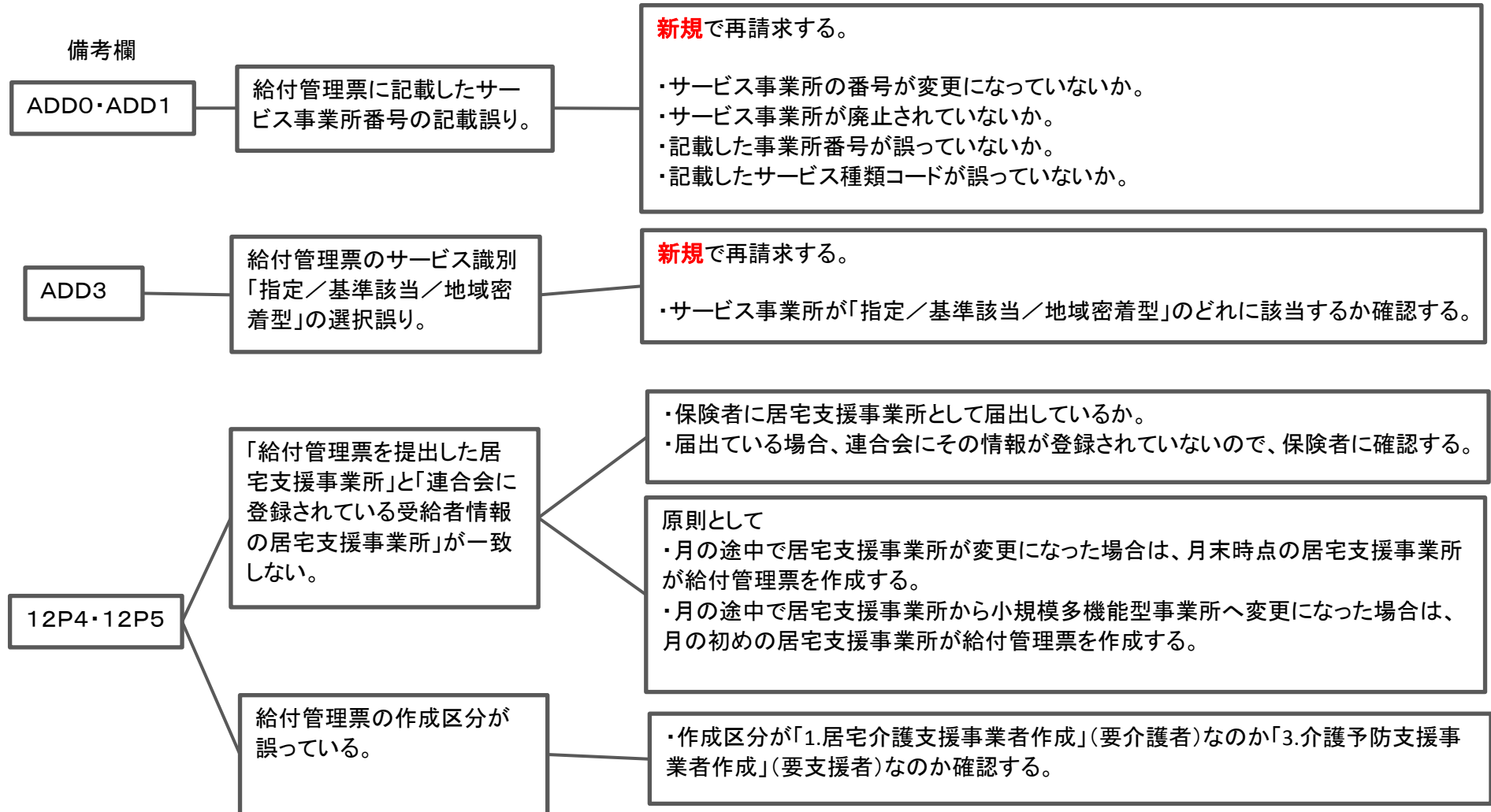
過去に請求明細書が請求され、
審査も通っている。

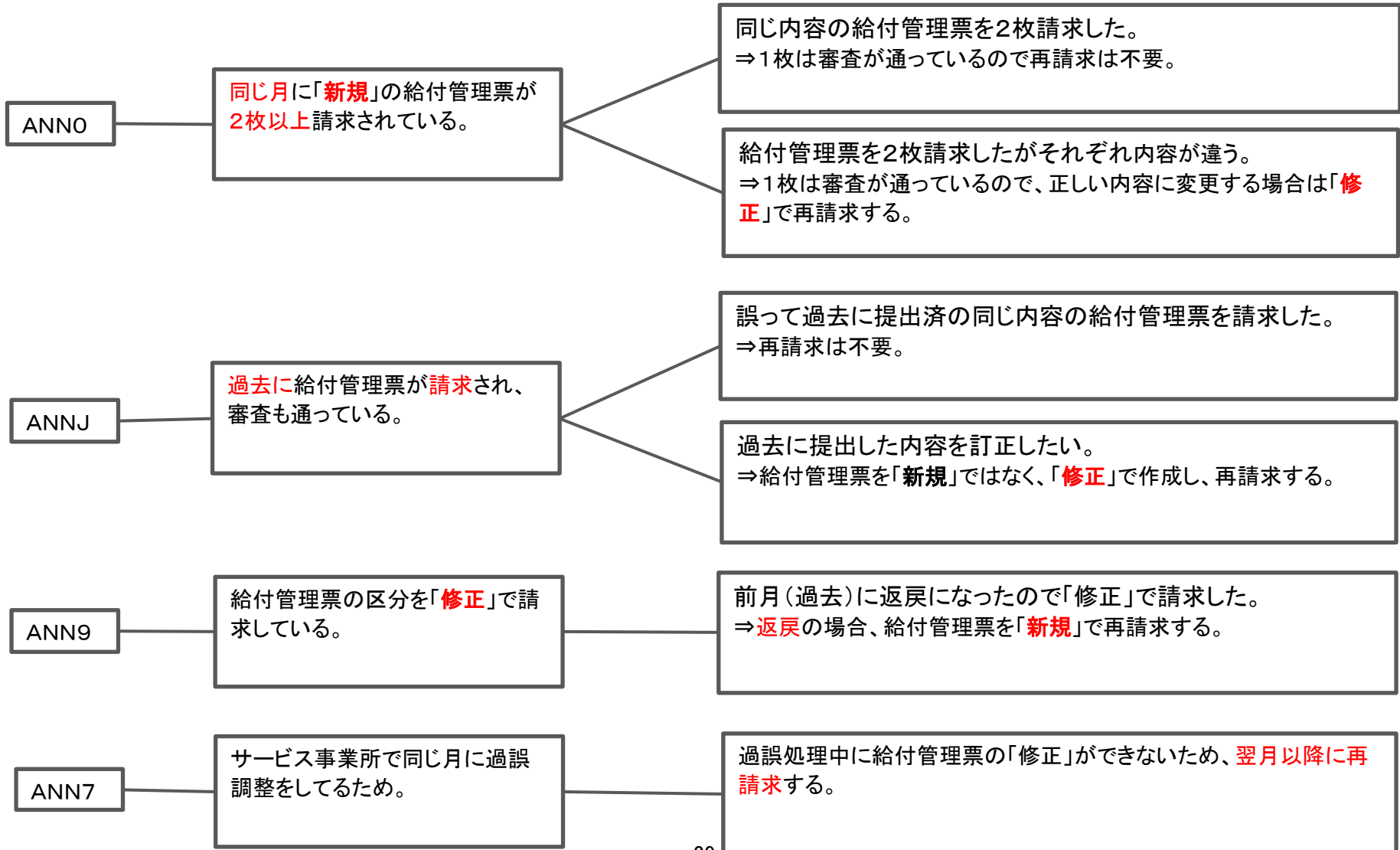
過去に請求した内容を訂正したい。
⇒保険者に過誤申立をし、明細書を取り下げてから再請求する。

過去に請求した内容を訂正したい。(保険者へ過誤申立済)
⇒過誤処理が完了していないので、「過誤決定通知書」を確認後、再度請求する。また過誤申立した際には保険者にいつ再請求が可能か確認しておくとい。

介護予防・日常生活支援総合事業請求明細返戻(保留)一覧表の対応 ③

【居宅支援事業所】





介護予防・日常生活支援総合事業請求明細返戻(保留)一覧表の対応 ④

備考欄

ABBO

記入もれの箇所がある。
(例:性別、日数回数など)
正しい請求明細書を再請求する。

12PO

連合会に該当の受給者情報が登録されていない。

・保険者番号・被保険者番号に誤りはないか。
・誤りがない場合は、保険者に問合せする。

12PA

変更申請中の受給者である。

・変更申請中は請求しても返戻になるので、
変更申請の結果を確認してから請求する。

12QJ

受給者の要介護度では算定できないサービスのため、要介護度、サービスコードを確認する。

・要介護度が変更になっていないか。
・算定するサービスコードを誤っていないか。

12QT

生年月日・性別などが連合会に登録されている受給者の情報と一致しない。

・内容の欄に「〇〇〇:受給者台帳記載項目不一致」と書かれている。〇〇〇に該当する部分が誤っている箇所になるので確認する。
・誤りがない場合は、保険者に問合せする。

介護予防・日常生活支援総合事業請求明細書返戻（保留）一覧表

例

事業所（保険者）番号 0970000000

事業所（保険者）名 ○○介護

| 保険者（事業所）番号 保険者（事業所）名 | 被保険者番号 被保険者氏名 | 種別 | サービス 提供年月 | サービス 種類 | サービス 項目等 | 単位数 <small>特定入所者介護費等</small> | 事由 | 内 容 | 備 考 |
|-------------------------|------------------|----|--------------|------------|-------------|---------------------------------|----|-------------------------------|---------|
| 09XXXX | 0004321765 | 請 | H29.1 | A1 | | 600 | B | 証記載保険者番号：市町村の認定変更が未決定 | 1 2 P A |
| ○○市 | 介護 太郎 | | | | | | | | |
| 09XXXX | 0004321765 | 請 | H29.1 | A1 | | 600 | B | 被保険者番号：市町村の認定変更が未決定 | 1 2 P A |
| ○○市 | 介護 太郎 | | | | | | | | |
| 09XXXX | 0005678123 | サ | H29.1 | A5 | | 1,305 | B | 支援事業所番号：市町村の認定情報と不一致（支援事業所） | 1 2 P 4 |
| ○○市 | 介護 花子 | | | | | | | | |
| 09XXXX | 0005678123 | サ | H29.1 | A5 | | 1,305 | B | 被保険者番号：市町村の認定情報と不一致（支援事業所） | 1 2 P 4 |
| ○○市 | 介護 花子 | | | | | | | | |
| 09XXXX | 0005678123 | 給 | H29.1 | A1 | | 5,650 | B | 対象年月：市町村の認定情報と不一致（作成区分） | 1 2 P 5 |
| ○○市 | 介護 花子 | | | | | | | | |
| 09XXXX | 0005678123 | 給 | H29.1 | A1 | | 5,650 | B | 証記載保険者番号：市町村の認定情報と不一致（作成区分） | 1 2 P 5 |
| ○○市 | 介護 花子 | | | | | | | | |
| 09XXXX | 0005678123 | 給 | H29.1 | A1 | | 5,650 | B | 支援事業所番号：市町村の認定情報と不一致（支援事業所） | 1 2 P 4 |
| ○○市 | 介護 花子 | | | | | | | | |
| 09XXXX | 0005678123 | 給 | H29.1 | A1 | | 5,650 | B | 被保険者番号：市町村の認定情報と不一致（作成区分） | 1 2 P 5 |
| ○○市 | 介護 花子 | | | | | | | | |
| 09XXXX | 0005678123 | 給 | H29.1 | A1 | | 5,650 | B | 計画作成区分：市町村の認定情報と不一致（作成区分） | 1 2 P 5 |
| ○○市 | 介護 花子 | | | | | | | | |
| 09XXXX | 0008765432 | 請 | H29.1 | A1 | | 8,000 | C | 支援事業所に請求明細書に対応した給付管理票の提出依頼が必要 | 保留 |
| ○○市 | 介護 次郎 | | | | | | | | |

 ①「被保険者氏名」
返戻となった請求明細書等の
被保険者番号に対する被保
険者氏名。

 ③「サービス提供年月」
返戻となった請求明細書等
のサービス提供年月。

 ④「内容」
返戻となった理由
(返戻の内容)

 ⑤「備考」
返戻(または保留)となった請求明細
書等の理由(返戻の内容)を「介護保
険審査チェックエラーコード」一覧表
のコードで表示

 ※ 種別：サ…サービス計画
 ※ サービス項目等：審査エラー
 ※ 備考の保留は、当月審査分

 ②「種別」
返戻となった請求の種類。
 「請」…請求明細書(サービス計画費を除く)
 「サ」…サービス計画費(ケアプラン料)
 「給」…給付管理票

 サービス項目コード、特定情報のエラーには識別番号が出力されず
保留扱いとしたものである。

参考事例

介護予防・日常生活支援総合事業請求明細書返戻（保留）一覧表

事業所（保険者）番号 09●☆◎□△▼★

事業所（保険者）名 ○◎▼□▽◆☆

| 保険者（事業所）番号 保険者（事業所）名 | 被保険者番号 被保険者氏名 | 種別 | サービス 提供年月 | サービス 種類 | サービス 項目等 | 単位数 特定入所者介護費等 | 事由 | 内 容 | 備 考 |
|-------------------------|------------------------|----|--------------|------------|-------------|------------------|----|----------------------|----------------------|
| 092023 足利市 | 0000056789 カイゴ タロウ | 請 | H29.1 | A1 | | 503 | B | 生年月日：受給者台帳記載項目不一致 | 事例 1 12QT |
| 092080 小山市 | 0000056787 カイゴ サブロウ | 請 | H29.1 | A1 | | 5,152 | B | 保険給付率：市町村認定の給付率と相違 | 事例 2 12SA ASSA |
| 092080 小山市 | 0000056787 カイゴ サブロウ | 請 | H29.1 | A1 | | 5,152 | B | 保険請求額：記載された値が計算値を超過 | |
| 092015 宇都宮市 | 0000056788 カイゴ ジロウ | 請 | H29.1 | A1 | | 3,880 | B | 保険請求額：記載された値が計算値を超過 | ASSA |
| 092015 宇都宮市 | 0000056788 カイゴ ジロウ | 請 | H29.1 | A1 | | 3,880 | B | 公費1請求額：記載された値が計算値を超過 | ASSA |
| | | | | | | | | | 事例 3 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

※ サービス項目等：審査エラーによる返戻のうち、明細情報と特定入所者情報のエラーにはサービス項目コード、特定情報のエラーには識別番号が出力されます
 ※ 備考の保留は、当月審査分において居宅介護支援事業者から給付管理票の提出がないため、保留扱いとしたものである。

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

| | | | | | | | | | | | |
|---------|----------|-------------------------|------|-----|----|----|-----|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 2 | 9 | 年 | 0 | 1 | 月分 | | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 5 | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 6 | 7 | | |
| | (フリガナ) | カイゴ タロウ | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 太郎 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 | 2.大正 | ③昭和 | 性別 | ①男 | 2.女 | | | | |
| | 要支援状態区分等 | 事業対象者 要支援1・要支援2 | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 2 | 8 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から |
| | 平成 | 2 | 9 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで |
| 請求事業者 | 事業所番号 | 0 | 9 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | 事業所名称 | 国保サービス事業所 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒320-0033 栃木県宇都宮市本町〇〇-〇 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 0000-00-0000 | | | | | | | | | |

生年月日に誤りはありませんか？

| | |
|------------|--------------------------|
| 介護予防サービス計画 | ③ 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 |
| 事業所番号 | 0 9 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 事業所名称 | 国保地域包括支援センター |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 中止年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 |
|-------|----|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|

| 事業費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|----------|---------------|-----------|----|---------|-------|---------|----|
| | 訪問型サービスI | A 1 1 1 1 1 1 | 1 1 1 6 8 | 1 | 1 1 6 8 | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| 事業費明細欄 (住所地特例対象者) | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|----------------------|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------|------------------------|-----------|---------|--|---|------|--|--|--------|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード / ②名称 | A 1 | | | | | | | |
| | ③サービス実日数 | 1 | 日 | | 日 | | | | |
| | ④計画単位数 | | 1 1 6 8 | | | | | | |
| | ⑤限度額管理対象単位数 | | 1 1 6 8 | | | | | | |
| | ⑥限度額管理対象外単位数 | | | | | | | | (/100) |
| | ⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥ | | 1 1 6 8 | | | | | | 9 0 |
| | ⑧公費分単位数 | | | | | | | | |
| | ⑨単位数単価 | 1 0 4 2 | 円/単位 | | | 円/単位 | | | 計 |
| | ⑩事業費請求額 | 1 0 9 5 3 | | | | | | | 9 5 3 |
| | ⑪利用者負担額 | 1 2 1 7 | | | | | | | 2 1 7 |
| | ⑫公費請求額 | | | | | | | | |
| | ⑬公費分本人負担 | | | | | | | | |

★確認ポイント
返戻(保留)一覧表の返戻箇所・内容より、請求情報の生年月日に入力誤り等が発生していないか確認してください。

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|----------|-------------------------|------|-----|----|--------|---|----|---|---|----|--|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 2 | 9 | 年 | 0 | 1 | 月分 | | | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 5 | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 | 7 | |
| | (フリガナ) | カイゴ サブロウ | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 三郎 | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 | 2.大正 | ③昭和 | 性別 | ①男 2.女 | | | | | | |
| | 要支援状態区分等 | 事業対象者・要支援1・要支援2 | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 2 | 8 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から | |
| | 平成 | 2 | 9 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで | |
| 請求事業者 | 事業所番号 | 0 | 9 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 事業所名称 | 国保サービス事業所 | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒320-0033 栃木県宇都宮市本町〇〇-〇 | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 0000-00-0000 | | | | | | | | | | |

| | |
|------------|--------------------------|
| 介護予防サービス計画 | ③ 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 |
| 事業所番号 | 0 9 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 事業所名称 | 国保地域包括支援センター |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 中止年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 |
|-------|----|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|

| 事業費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|--------|----------|---------------|---------|---------|---------|---------|----|
| | | 訪問型サービスI | A 1 1 1 1 1 1 | 1 1 6 8 | 1 | 1 1 6 8 | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| 事業費明細欄 (住所地利例対象者) | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|----------------------|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

★確認ポイント
平成27年度介護保険制度改正(8月施行分)により、一定以上所得者の負担割合が見直されています。給付率について再度ご確認ください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---------------------|-----|---|---|---|------|--|--|--|--|--|----|-----------|---|---|---|--|--|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード / ②名称 | A 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ③サービス実日数 | 1 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ④計画単位数 | 1 | 1 | 6 | 8 | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤限度額管理対象単位数 | 1 | 1 | 6 | 8 | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑥限度額管理対象外単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥ | 1 | 1 | 6 | 8 | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑧公費分単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑨単位数単価 | 1 | 0 | 4 | 2 | 円/単位 | | | | | | | | | | | | |
| | ⑩事業費請求額 | 1 | 0 | 9 | 5 | 3 | | | | | | | | | | | | |
| | ⑪利用者負担額 | 1 | 2 | 1 | 7 | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑫公費請求額 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑬公費分本人負担 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 給付率(/100) | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 事業 | 9 | 0 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 公費 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 合計 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 0 | 9 | 5 | 3 | | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 2 | 1 | 7 | | | |

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

| | | | | | | | | |
|---------|-----------------|-------|---|---|---|---|---|----|
| 公費負担者番号 | 1 2 0 9 4 0 1 7 | 平成 | 2 | 9 | 年 | 0 | 1 | 月分 |
| 公費受給者番号 | 0 1 2 3 4 5 6 | 保険者番号 | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 5 |

| | | | |
|----------|----------------------------------------------------|----|----------|
| 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 5 6 7 8 8 | | |
| (フリガナ) | カイゴ ジロウ | | |
| 氏名 | 介護 次郎 | | |
| 生年月日 | 1.明治 2.大正 ③昭和 0 3 年 0 2 月 0 1 日 | 性別 | ① 男 2. 女 |
| 要支援状態区分等 | 事業対象者・要支援1・要支援2 | | |
| 認定有効期間 | 平成 2 8 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 2 9 年 0 3 月 3 1 日 まで | | |

| | |
|-------|---------------------|
| 事業所番号 | 0 9 7 1 2 3 4 5 6 7 |
| 事業所名称 | 国保サービス事業所 |
| 電話番号 | 000 |

月途中から公費適用となった場合は、**公費該当となった日以降に実施したサービスの回数・単位数**を入力(記載)してください。
※この事例では、1か月で10回のサービスを実施し、その内1回が公費該当というケースです。

| | | | |
|------------|--------------------------|-------|--------------|
| 介護予防サービス計画 | ③ 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 | | |
| 事業所番号 | 0 9 0 1 2 3 4 5 6 7 | 事業所名称 | 国保地域包括支援センター |

| | | | | | | | | | |
|-------|----|---|---|---|-------|----|---|---|---|
| 開始年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 中止年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
|-------|----|---|---|---|-------|----|---|---|---|

| サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 | 公費回数 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|----------|-------------|---------|-----|-----------|------|---------|----|
| 訪問型サービスI | A 1 1 1 1 1 | 1 1 6 8 | 1 0 | 1 1 6 8 0 | 1 | 1 1 6 8 | |

1ヶ月合計の回数・単位数を入力(記載)してください。

公費請求がある場合の給付率の入力(記載)方法にご注意ください。
保険：介護保険負担割合証に記載の負担割合(給付率)
公費：100
 (※生活保護単独公費を除く)

| サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 | 公費分回数 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|
| | | | | | |

単位数単価に誤りはありませんか？

月途中から公費適用となった場合は、適用以前の**保険単独分**について**自己負担が発生**します。
⑪利用者負担額は、**合計費用額(サービス費用総額)**から**⑩保険請求額**と**⑫公費請求額**を差し引いた残りが**⑪利用者負担額**となります。
 (121,705円-⑩109,535-⑫1,217=10,953円)

| | | | | | | | |
|---------------------|--|--------------|---------|--|--|--|--|
| ①サービス種類コード/②名称 | | | | | | | |
| ③サービス実日数 | | | | | | | |
| ④計画単位数 | | 1 6 8 0 | | | | | |
| ⑤限度額管理対象単位数 | | 1 6 8 0 | | | | | |
| ⑥限度額管理対象外単位数 | | | | | | | |
| ⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥ | | 1 1 6 8 0 | | | | | |
| ⑧公費分単位数 | | | 1 6 8 | | | | |
| ⑨単位数単価 | | 0 0 4 2 円/単位 | | | | | |
| ⑩事業費請求額 | | 1 0 9 5 3 5 | | | | | |
| ⑪利用者負担額 | | 1 0 9 5 3 | | | | | |
| ⑫公費請求額 | | | 1 2 1 7 | | | | |
| ⑬公費分本人負担 | | | | | | | |

★確認ポイント
 公費該当の方です。給付率の入力(記載)方法に誤りがないかご確認ください。
保険：介護保険負担割合証に記載の負担割合(給付率)
公費：100 (※生活保護単独公費を除く)
 単位数単価・保険請求額・利用者負担額・公費請求額についても正しい金額が入力(記載)されているか確認してください。

IV. 參考資料

○ 地域区分と介護報酬単価について

IV. 参考資料

1. 栃木県内の地域区分

1単位の介護報酬単価は**10円**が基準となっておりますが、それぞれの地域ごとの人件費の格差を調整するために『**地域区分**』が各都道府県別に設定されており、栃木県内の地域区分に属する地域は下表のとおりとなります。

| 地域区分 | 県内の地域 |
|------|-----------------------------------|
| 6級地 | 宇都宮市 下野市 野木町 |
| 7級地 | 栃木市 鹿沼市 日光市 小山市 真岡市 大田原市 さくら市 壬生町 |
| その他 | その他の地域 |

2. サービス種別・地域区分別の1単位の単価

単位数に乘じる1単位の単価は、**事業所等が所在する地域区分及びサービスの種類に応じて10円～11.40円**に設定されており、サービスの種類は4種類に区分されています。

| コード | サービスの種類 | 6級地 | 7級地 | その他 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----|
| 31 17 34 67 | 居宅療養管理指導 福祉用具貸与 介護予防居宅療養管理指導 介護予防福祉用具貸与 | 10円 | 10円 | 10円 |
| 15 22・23 27・33 32・38 28・36 54 51 52 53 65 25・26 35 37・39 | 通所介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 介護福祉施設サービス 介護保健施設サービス 介護療養施設サービス 介護予防通所介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 10.27円 | 10.14円 | 10円 |
| 14 16 21 72 68・73 77・79 64 66 24 74 69・75 | 訪問リハビリテーション 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 複合サービス(看護小規模対応型居宅介護) 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 10.33円 | 10.17円 | 10円 |
| 11 12 13 76 71 43 61 62 63 46 | 訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 居宅介護支援 介護予防訪問介護 介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防支援 | 10.42円 | 10.21円 | 10円 |
| A1 A5 | 訪問型サービス 通所型サービス | 10.42円 | 10.21円 | 10円 |
| | | 10.27円 | 10.14円 | 10円 |

介護給付費等のインターネット請求受付開始

介護給付費等の請求方法にインターネット回線を追加！
平成26年11月からインターネットで電子請求可能に！

【介護給付費等のインターネット請求の概要】

- サービス事業所等から国保連合会に対する介護給付費等の請求方法については、現在、伝送（ISDN回線）、電子媒体（FD、MO、CD-R）及び紙媒体となっていますが、このうち、伝送については、これまでISDN回線によることとしてきました。今日のインターネットを中心とした通信環境の状況やISDN回線の将来の動向に鑑みて、平成26年11月以降、インターネット回線による請求を可能といたします。
- インターネットで請求するにあたっては、SSL暗号化通信等により強固なセキュリティ対策を施すこととしています。

インターネット請求開始後はISDN回線が不要に

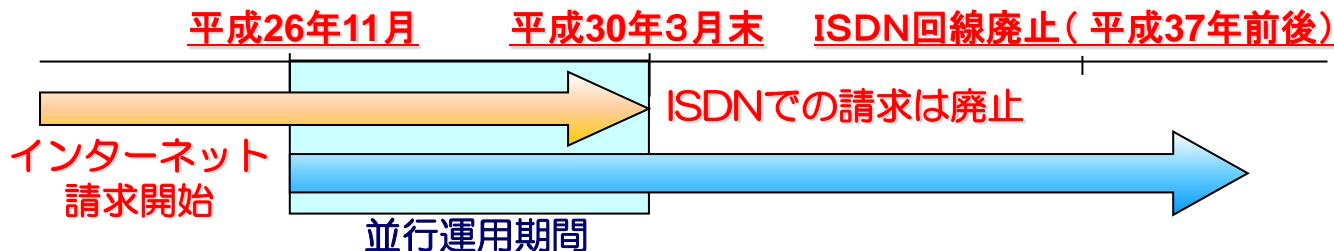
これまでISDN回線で請求を行っていた各サービス事業者等においては、請求に必要な運営費用が大幅に軽減されることとなります。



当面の間はISDN回線による請求も引き続き可能

【ISDN回線による請求について】

介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令（平成12年3月7日厚生省令第20号）を改正し、インターネットによる伝送を明確化するとともに、伝送又は電子媒体による請求を原則といたします。ただし、当面、平成30年3月末までの間はISDN回線による請求も引き続き可能といたします。



インターネット請求開始に向けて平成26年8月から受付開始！

【インターネット請求の対応予定】

- 平成26年11月からインターネット請求受付が可能となります。
- 平成26年8月から介護給付費等の請求及び受領に関する届を受け付けます。