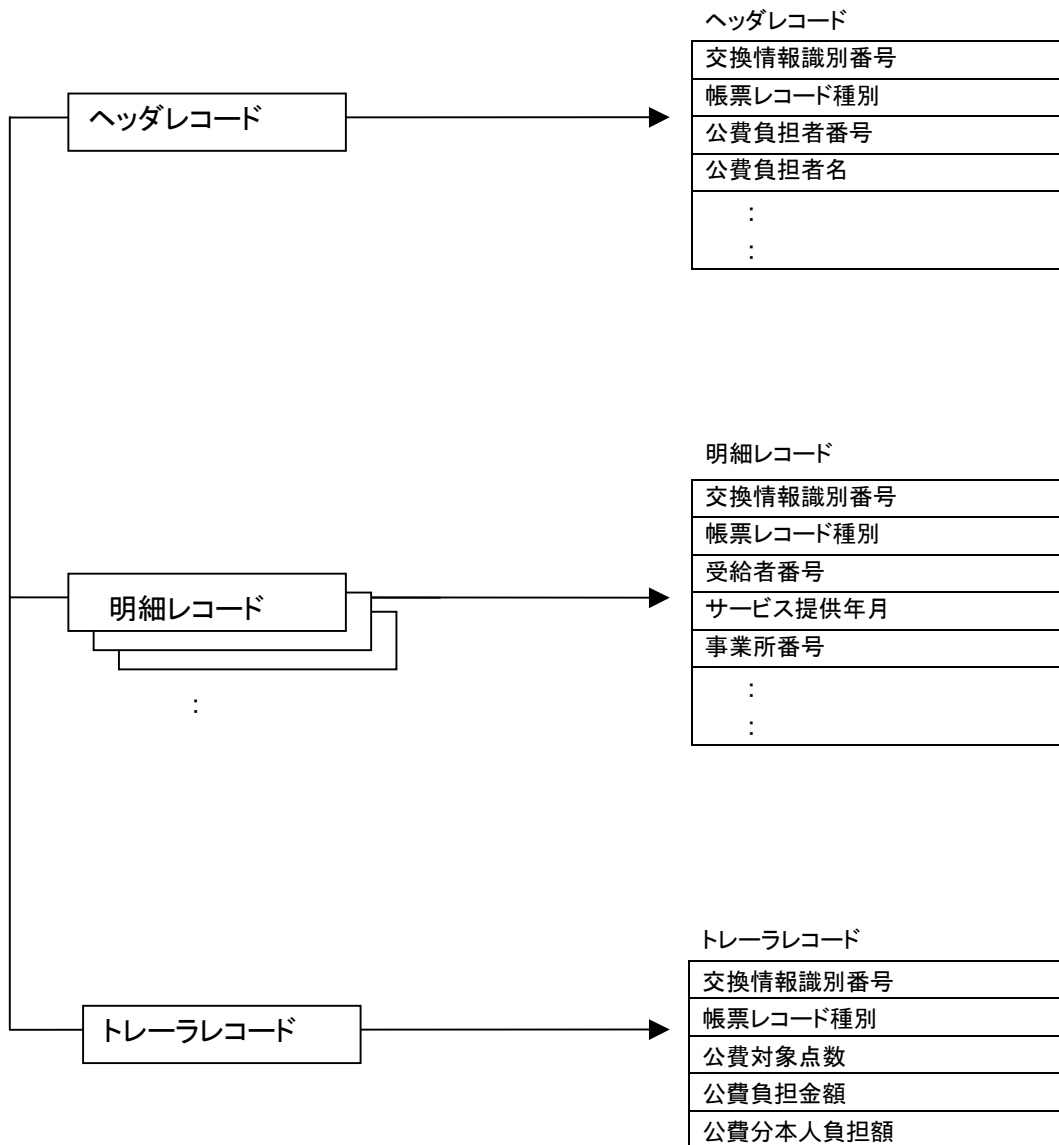


# レコード構成図

## 介護給付費公費受給者別一覧表情報



( 3 ) 介護給付費過誤決定通知書情報 ( 公費負担者分 )

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	交換情報識別番号を出力する	“6511”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1”固定
3	取扱年月	数字	6	取扱年月 ( 西暦年月 ( YYY YMM ) ) を出力する	※1
4	公費負担者番号	数字	8	公費負担者番号を出力する	※3
5	公費負担者名	漢字	40	公費負担者名を出力する	
6	作成年月日	数字	8	データの作成年月日 ( 西暦年月日 ( YYY YMMDD ) ) を出力する	※2
7	頁	数字	5	“ 1 ” 固定	
8	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

※1 「6.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.1031)

※2 「6.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.1031)

※3 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

・明細レコード(複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	交換情報識別番号を出力する	“6511”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3	事業所番号	数字	10	事業所番号を出力する	
4	事業所名	漢字	40	事業所名を出力する	
5	公費受給者番号	数字	7	公費受給者番号を出力する	
6	公費受給者氏名	英数	25	公費受給者氏名を出力する	半角カナ出力
7	証記載保険者番号	数字	6	保険者番号を出力する	
8	保険者名	漢字	40	保険者名を出力する	
9	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	※1
10	サービス提供年月	英数	6	サービス提供年月(西暦年月(YYYYMM))を出力する	※2
11	サービス種類コード	数字	2	サービス種類コードを出力する	※1
12	サービス種類名	漢字	24	サービス種類名を出力する	
13	過誤申立事由コード	数字	4	過誤申立事由コードを出力する	※3
14	過誤申立事由	漢字	28	過誤申立事由コードを出力する	
15	点数(食事提供費)	数字	13	点数(食事提供費)を出力する	※S
16	公費負担額	数字	13	公費負担額を出力する	※S

※1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

※2 「6.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.1031)

※3 過誤申立事由コードは、4桁の数字属性のコードとし、申立情報作成の都度入力を行う。なお、内容については、審査及び統計の要件により定める。

※S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」

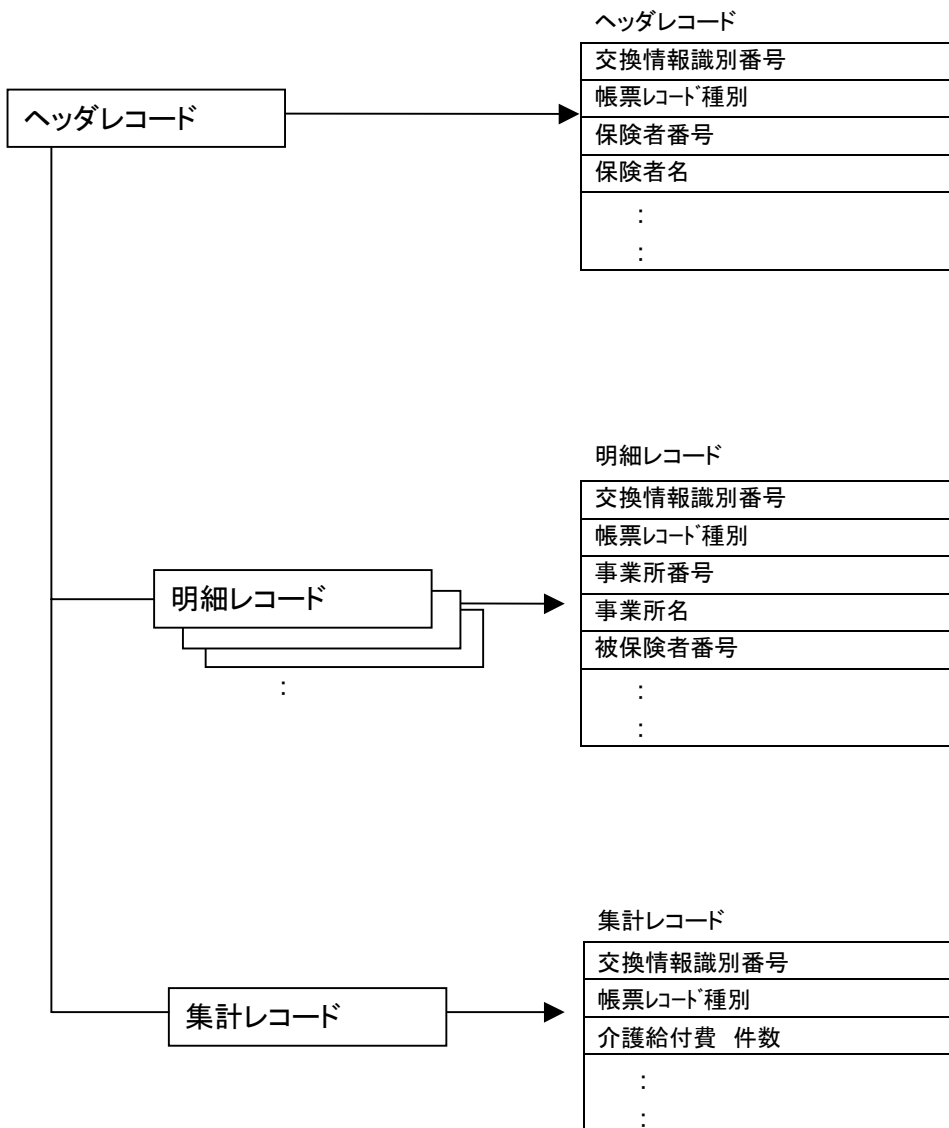
・集計レコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考	
1	交換情報識別番号	英数	4	交換情報識別番号を出力する	“6511”固定	
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“T1”固定	
3	介護給付費	件数	6	過誤件数を出力する	※S	
4		点数	13	過誤調整を行った点数の合計を出力する	※S	
5		公費負担額	数字	13	過誤調整を行ったサービスの公費負担額の合計額を出力する	※S
6	高額介護サービス費	件数	6	高額介護サービス費の過誤件数を出力する	※S	
7		点数	13	過誤調整を行った点数の合計を出力する	“0”固定 ※S	
8		公費負担額	数字	13	過誤調整を行った高額介護サービス費の公費負担額の合計額を出力する	※S
9	食事提供費	件数	6	食事提供費の過誤件数を出力する	※S	
10		食事提供費	数字	13	過誤調整を行った食事提供費の合計を出力する	※S
11		公費負担額	数字	13	過誤調整を行った食事提供費の公費負担額の合計額を出力する	※S

※S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」

# レコード構成図

## 介護給付費過誤決定通知書情報(公費負担者分)



( 4 ) 介護給付費再審査決定通知書情報 ( 公費負担者分 )

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	交換情報識別番号を出力する	“6521”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1”固定
3	取扱年月	数字	6	取扱年月 ( 西暦年月 ( YYYYYMM ) ) を出力する	※1
4	公費負担者番号	数字	8	公費負担者番号を出力する	※1
5	公費負担者名	漢字	40	公費負担者名を出力する	
6	作成年月日	数字	8	データの作成年月日 ( 西暦年月日 ( YYYMMDD ) ) を出力する	※2
7	頁	数字	5	“ 1 ” 固定	
8	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	
9	審査委員会名	漢字	30	審査委員会名を出力する	

※1 「6.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.1031)

※2 「6.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.1031)

・明細レコード(複数レコード)

項番	項目名	属性	桁数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	交換情報識別番号を出力する	“6521”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3	事業所番号	数字	10	事業所番号を出力する	※1
4	事業所名	漢字	40	事業所名を出力する	
5	公費受給者番号	英数	7	公費受給者番号を出力する	※1
6	公費受給者氏名	英数	25	公費受給者氏名を出力する	半角カナ出力
7	証記載保険者番号	数字	6	保険者番号を出力する	※1
8	保険者名	漢字	40	保険者名を出力する	
9	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	※1
10	サービス提供年月	英数	6	サービス提供年月(西暦年月(YYYYMM))を出力する	※2
11	サービス種類コード	数字	2	サービス種類コードを出力する	※1
12	サービス種類名	漢字	24	サービス種類名を出力する	
13	再審査申立事由コード	数字	4	再審査申立事由コードを出力する	※3
14	再審査申立事由	漢字	24	再審査申立事由を出力する	
15	再審査結果コード	英数	2	再審査結果コード	※4
16	当初請求点数	数字	12	当初請求点数を出力する	※S
17	原審点数	数字	12	原審字の決定点数を出力する	※S
18	申立点数	数字	12	申立点数を出力する	※S
19	決定点数	数字	12	決定点数を出力する	※S
20	調整点数	数字	13	調整点数を出力する	※S
21	公費負担額	数字	13	公費負担額を出力する	※S

※1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

※2 「6.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.1031)

※3 再審査申立事由コードは、4桁の数字属性のコードである。なお、内容については、審査及び統計の要件により定める。

※4 再審査結果コードは、2桁の英数字属性のコードとし、申立情報作成の都度入力を行う。なお、内容については、審査及び統計の要件により定める。

※S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」

・集計レコード

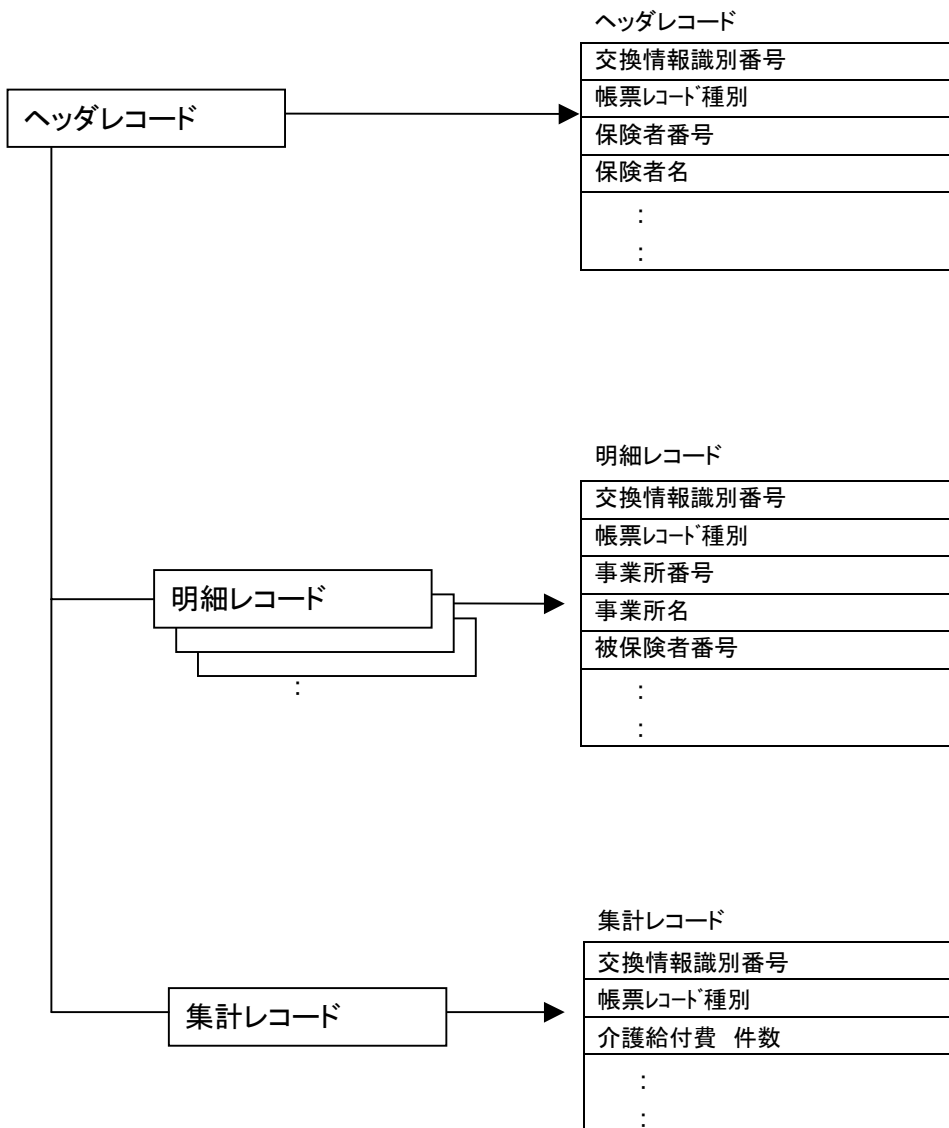
項番	項目名		属性	バイト数	内容	備考	
1	交換情報識別番号		英数	4	交換情報識別番号を出力する	“6521”固定	
2	帳票レコード種別		英数	2	帳票レコード種別を出力する	“T1”固定	
3	介護給付費	請求	件数	数字	6	再審査請求を行った件数を出力する	※S
4			点数	数字	12	再審査請求を行った点数の合計を出力する	※S
5			公費負担額	数字	12	再審査請求を行ったサービスの公費負担額の合計額を出力する	※S
6		決定	件数	数字	6	決定した件数を出力する	※S
7			点数	数字	12	決定した点数の合計を出力する	※S
8			公費負担額	数字	12	決定した公費負担額の合計額を出力する	※S
9		調整	件数	数字	6	調整件数を出力する	※S
10			点数	数字	13	調整点数の合計を出力する	※S
11			公費負担額	数字	13	公費負担額の合計調整額を出力する	※S
12	高額介護サービス費	請求	件数	数字	6	再審査請求を行った件数を出力する	※S
13			点数	数字	12	再審査請求を行った点数の合計を出力する	※S
14			公費負担額	数字	12	再審査請求を行ったサービスの公費負担額の合計額を出力する	※S
15		決定	件数	数字	6	決定した件数を出力する	※S
16			点数	数字	12	決定した点数の合計を出力する	※S
17			公費負担額	数字	12	決定した公費負担額の合計額を出力する	※S
18		調整	件数	数字	6	調整件数を出力する	※S
19			点数	数字	13	調整点数の合計を出力する	※S
20			公費負担額	数字	13	公費負担額の合計調整額を出力する	※S

※S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」



# レコード構成図

## 介護給付費再審査決定通知書情報(公費負担者分)



このページは空白です。

## 2.4 帳票イメージ



### 介護給付費過誤申立書（例）

介護給付費審査委員会 殿

保険者番号	
保険者名	
所在地	〒 -
連絡先	電話番号

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。 平成 年 月 日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		

## 介護給付費再審査申立書（例）

介護給付費審査委員会 殿

保険者番号	
保険者名	
所在地	〒 -
連絡先	電話番号

下記の介護給付について、再審査を申し立てます。

平成 年 月 日

事業所番号	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	申立点数 (食事提供費)	申立事由コード	申立事由
		平成 年 月				
		平成 年 月				
		平成 年 月				
		平成 年 月				
		平成 年 月				
		平成 年 月				
		平成 年 月				
		平成 年 月				
		平成 年 月				
		平成 年 月				



## 介護給付費過誤決定通知書 ( NNZ9年 Z9月取扱分 )

過誤申立については、下記のとおり決定しましたので通知します。

NNZ9年 Z9月 Z9日

ZZZ9 頁

NNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	保 険 者 名
999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号 事業所名	被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	サービス 種類名	過誤申立事由	点数 (食事提供費)	保険者負担額 (公費負担額)	備 考
999999999	XXXXXXXXXX	Z9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
NNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
999999999	XXXXXXXXXX	Z9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
NNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						

		件数	点数 <sup>1</sup> (金額)	保険者負担額
合計	介護給付費	ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9
	高額介護サービス費	ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9
	食事提供費	ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9

<sup>1</sup> 食事提供費の場合は金額が印字される



### 介護給付費再審査決定通知書 ( NNZ9年 Z9月取扱分 )

保険者番号	保険者名
999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

審査委員会において再度審議した結果、下記のとおり決定しましたので通知します。

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号 事業所名	被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	サービス 種類名	再審査 申立事由	再審査 結果コード	当初請求点数	申立点数	決定点数	調整点数	保険者負担額	備考
						原審点数					
999999999	XXXXXXXXXX	Z9. Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----,---,---,-9	----,---,---,-9	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					ZZ,ZZ,ZZ,Z9					
999999999	XXXXXXXXXX	Z9. Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----,---,---,-9	----,---,---,-9	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					ZZ,ZZ,ZZ,Z9					
999999999	XXXXXXXXXX	Z9. Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----,---,---,-9	----,---,---,-9	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					ZZ,ZZ,ZZ,Z9					
999999999	XXXXXXXXXX	Z9. Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----,---,---,-9	----,---,---,-9	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					ZZ,ZZ,ZZ,Z9					
999999999	XXXXXXXXXX	Z9. Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----,---,---,-9	----,---,---,-9	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					ZZ,ZZ,ZZ,Z9					
999999999	XXXXXXXXXX	Z9. Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----,---,---,-9	----,---,---,-9	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					ZZ,ZZ,ZZ,Z9					
999999999	XXXXXXXXXX	Z9. Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----,---,---,-9	----,---,---,-9	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					ZZ,ZZ,ZZ,Z9					
999999999	XXXXXXXXXX	Z9. Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----,---,---,-9	----,---,---,-9	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					ZZ,ZZ,ZZ,Z9					
999999999	XXXXXXXXXX	Z9. Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----,---,---,-9	----,---,---,-9	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					ZZ,ZZ,ZZ,Z9					
999999999	XXXXXXXXXX	Z9. Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----,---,---,-9	----,---,---,-9	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					ZZ,ZZ,ZZ,Z9					
999999999	XXXXXXXXXX	Z9. Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----,---,---,-9	----,---,---,-9	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					ZZ,ZZ,ZZ,Z9					
999999999	XXXXXXXXXX	Z9. Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----,---,---,-9	----,---,---,-9	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					ZZ,ZZ,ZZ,Z9					
999999999	XXXXXXXXXX	Z9. Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----,---,---,-9	----,---,---,-9	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					ZZ,ZZ,ZZ,Z9					

合計	介護給付費	再 審 査 申 立 ( 請 求 )			再 審 査 決 定			調 整		
		件 数	点 数	保険者負担額	件 数	点 数	保険者負担額	件 数	点 数	保険者負担額
	介護給付費	ZZ, Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ, Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ, Z9	----,---,---,-9	----,---,---,-9
	高額介護サービス費	ZZ, Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ, Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ, Z9	----,---,---,-9	----,---,---,-9

再審査結果コード  
 01:原審通り 02:増(全部増)  
 03:減(全部減) 04:増(一部増)  
 05:減(一部減)

### 介護給付費資格照合表

保険者番号	999999
保険者名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNZ9年Z9月審査分については確認の結果、下記の通りでしたので報告いたします。

NNNNNNNNNNNNNNNNNN

被保険者番号 被保険者氏名	サービス種類名	サービス提供年月	種別 (1)	事業所番号 事業所名	被保険者情報				3	居宅サービス計画 作成区分コード 支援事業所番号	食事標準負担額 (月額) (月額) (月額)	単位数 単価	保険 給付率	公費1 給付率	公費2 給付率	公費3 給付率	日数 回数	単位数 食事提供費	利用者負担額 食事標準負担額
					生年月日 性別コード	2	認定期間 開始 終了	限度額 開始 適用期間 終了											
XXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	999999999	XZZ.ZZ.ZZ	ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	Z	ZZ,ZZZ	ZZ.ZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	NNNNNNNNNN	Z	Z	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	ZZZZZZZZZ	Z,ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	999999999	XZZ.ZZ.ZZ	ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	Z	ZZ,ZZZ	ZZ.ZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	NNNNNNNNNN	Z	Z	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	ZZZZZZZZZ	Z,ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	999999999	XZZ.ZZ.ZZ	ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	Z	ZZ,ZZZ	ZZ.ZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	NNNNNNNNNN	Z	Z	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	ZZZZZZZZZ	Z,ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	999999999	XZZ.ZZ.ZZ	ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	Z	ZZ,ZZZ	ZZ.ZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	NNNNNNNNNN	Z	Z	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	ZZZZZZZZZ	Z,ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	999999999	XZZ.ZZ.ZZ	ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	Z	ZZ,ZZZ	ZZ.ZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	NNNNNNNNNN	Z	Z	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	ZZZZZZZZZ	Z,ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	999999999	XZZ.ZZ.ZZ	ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	Z	ZZ,ZZZ	ZZ.ZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	NNNNNNNNNN	Z	Z	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	ZZZZZZZZZ	Z,ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	999999999	XZZ.ZZ.ZZ	ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	Z	ZZ,ZZZ	ZZ.ZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	NNNNNNNNNN	Z	Z	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	ZZZZZZZZZ	Z,ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	999999999	XZZ.ZZ.ZZ	ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	Z	ZZ,ZZZ	ZZ.ZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	NNNNNNNNNN	Z	Z	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	ZZZZZZZZZ	Z,ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	999999999	XZZ.ZZ.ZZ	ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	Z	ZZ,ZZZ	ZZ.ZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
XXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	N	NNNNNNNNNN	Z	Z	XZZ.ZZ.ZZ	XZZ.ZZ.ZZ	ZZZ,ZZZ	ZZZZZZZZZ	Z,ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	ZZZ	29	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9

1 ... サ：サービス計画費請求明細書、請：請求明細書、給：給付管理票  
 2 ... 要介護区分コード（上段）/旧措置入所者特例コード（下段）  
 3 ... 訪問通所 / 短期入所支給限度額

介護給付費 払込請求書(公費負担分)

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

殿

NN XX年 XX月審査確定額を下記のとおり払込み下さい。

Table with columns for amount (金額), date (払込期限), transfer details (送金先), and account name (口座名). Includes a list of 12 payment entries.

NN XX年 XX月 XX日

振込人 取扱銀行 振込人 NNNN 国民健康保険団体連合会 NNN

NN NN

振込依頼書

Table with fields: 入金票 (入金票), 通帳番号 (通帳番号), 発信時分 (発信時分), 受信者名 (受信者名), 発信印 (発信印).

Table for remittance details including: 取組日 (取組日), 年月日 (年月日), 先方銀行 (先方銀行), 預金種目 (預金種目), NN (NN), 口座番号 (口座番号), XXXXXX (口座番号), 金額 (金額), ZZZ, ZZZ, ZZZ, ZZZ9 円 (金額), 氏名 (氏名), 氏名 (氏名), 氏名 (氏名).

実施印 引照合印

(おねがい) 1.この振込は他の銀行と一緒にすることなく個別にお取扱い下さい

公金

備考 介護保険給付費の審査支払確定額 審査年月 XX年 XX月 払込期限 XX年 XX月 XX日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行(保管)

領収書

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

殿

NN XX年 XX月審査確定額を下記のとおり領収いたしました。

Table with columns for amount (金額), date (払込期限), transfer details (送金先), and account name (口座名). Includes a list of 12 payment entries.

(取扱店)

年 月 日

取扱店の領収印のないものは無効です。

振込人 取扱銀行 振込人 NNNN 国民健康保険団体連合会 NNN

NN NN

介護給付費 振込通知書(公費負担分)

NN XX年 XX月 審査分

( 経由)

NNNN 国民健康保険団体連合会 殿

Table with columns for amount (金額), date (年月日), account number (口座番号), and income item (収入科目). Includes a list of 12 payment entries.

振込人 取扱銀行 連合会

介護給付費 審査支払手数料払込請求書(公費負担分)

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 殿

NN XX年 XX月 審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円
払込期限	NNXX年XX月XX日
送金先	NNNNNNNNNNNN
口座名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

NN XX年 XX月 XX日

NN  
NN

振込人 取扱銀行 振込人 NNNN 国民健康保険団体連合会 NNN

領 収 書

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 殿

NN XX年 XX月 審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	(取扱店)
----	-------------------	-------

年 月 日

取扱店の領収印のないものは無効です。 NN  
NN

振込人 取扱銀行 振込人 NNNN 国民健康保険団体連合会 NNN

振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印

取組日	年 月 日				実施印
先方銀行	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			複記	
受取人	預金種目	NN	口座番号	XXXXXX	金額 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円
	刀ガナ XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 氏名 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				
依頼人	刀ガナ XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 氏名 NNNNNNNNNNN 殿				
	(おねがい) 1. この振込は他の銀行と一緒にすることなく個別にお取扱い下さい				

公 金

備考  
 介護保険給付費の審査支払手数料  
 審査年月 XX年 XX月  
 払込期限 XX年 XX月 XX日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行(保管)

介護給付費 審査支払手数料振込通知書(公費負担分)

NN XX年 XX月 審査分

( 経由 )  
 NNNN 国民健康保険団体連合会 殿

金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円
----	-------------------

口座番号	収入科目			
	款	項	目	節
XXXXXX	XX	XX	XX	XX

振込人 取扱銀行 連合会





介護給付費 払込請求書

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 殿

NN XX年 XX月審査確定額を下記のとおり払込み下さい。

Table with columns for amount (金額), payment deadline (払込期限), remittance address (送金先), and account name (口座名). Includes a table for '内訳' (breakdown) with 14 rows.

NN XX年 XX月 XX日

振込人 取扱銀行 振込人 NNNN 国民健康保険団体連合会 NNN

NN NN

領 収 書

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 殿

NN XX年 XX月審査確定額を下記のとおり領収いたしました。

Table with columns for amount (金額), payment deadline (払込期限), remittance address (送金先), and account name (口座名). Includes a table for '内訳' (breakdown) with 14 rows. (取扱店)

年 月 日

取扱店の領収印のないものは無効です。

振込人 取扱銀行 振込人 NNNN 国民健康保険団体連合会 NNN

NN NN

振込依頼書

Table with columns: 入金票 (入金票), 通過番号 (通過番号), 発信時分 (発信時分), 受信者名 (受信者名), 発信印 (発信印)

Table for remittance details including bank name (先方銀行), amount (金額), and recipient name (氏名). Includes a note: (おねがい) 1.この振込は他の銀行と一緒にすることなく個別にお取扱い下さい。

公 金

備考 介護保険給付費の審査支払確定額 審査年月 XX年 XX月 払込期限 XX年 XX月 XX日

振込人・取扱銀行(保管)

出納済印または振替科目

介護給付費 振込通知書

NN XX年 XX月 審査分

( 経由 )

NNNN 国民健康保険団体連合会殿

Table with columns for amount (金額), payment deadline (払込期限), account number (口座番号), and item category (収入科目). Includes a table for '内訳' (breakdown) with 14 rows.

振込人 取扱銀行 連合会

介護給付費 審査支払手数料払込請求書

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 殿

NN XX年 XX月審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
内 訳			
区分	件数	一件当たり 単価	金額
県内	ZZZ,ZZ9	ZZ9	99 円
県外	ZZZ,ZZ9	ZZ9	99 円

NN XX年 XX月 XX日

振込人 取扱銀行 振込人 NNNN 国民健康保険団体連合会 NNN



領 収 書

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 殿

NN XX年 XX月審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円			(取扱店)
内 訳				
区分	件数	一件当たり 単価	金額	
県内	ZZZ,ZZ9	ZZ9	99 円	
県外	ZZZ,ZZ9	ZZ9	99 円	

年 月 日

取扱店の領収印のないものは  
無効です。

振込人 取扱銀行 振込人 NNNN 国民健康保険団体連合会 NNN



振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印

取組日	年 月 日			実施印		
先方銀行	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			複記		
受取人	預金種目	NN	口座番号	XXXXXXX	金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円
	刃が十XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
依頼人	氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				
	(おねがい) 1. この振込は他の銀行と一緒 にすることなく個別にお取 扱して下さい。					
刃が十XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
氏名 NNNNNNNNNNN 殿						

出納済印または振替科目

公 金

備考  
介護保険給付費の審査支払手数料  
審査年月 XX年 XX月  
払込期限 XX年 XX月 XX日

振込人・取扱銀行 (保管)

介護給付費 審査支払手数料振込通知書

NN XX年 XX月 審査分

( 経由 )

NNNN 国民健康保険団体連合会 殿

金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	口座番号	XXXXXXXX			
内 訳			款	項	目	節
			XX	XX	XX	XX
区分	件数	一件当たり 単価	金額			
県内	ZZZ,ZZ9	ZZ9	99 円	----		
県外	ZZZ,ZZ9	ZZ9	99 円	----		

振込人 取扱銀行 連合会







# 介護給付費過誤決定通知書 ( NNZ9 年 Z9 月取扱分 )

過誤申立については、下記のとおり決定しましたので通知します。

NNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNZ9年Z9月Z9日  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 ZZZ9 頁

公費負担者番号	公費負担者名
99999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号 事業所名	公費受給者番号 公費受給者氏名	保険者番号 保険者名	サービス 提供年月	サービス 種類名	過誤申立事由	点数 (食事提供費)	公費負担額	被保険者番号	備考
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				
999999999	9999999	999999	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	XXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN				

		件数	点数 <sup>1</sup> (金額)	公費負担額
合計	介護給付費	ZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9
	高額介護サービス費	ZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9
	食事提供費	ZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9

<sup>1</sup> 食事提供費の場合は金額が印字される

# 護給付費再審査決定通知書（NNZ9年Z9月取扱分）

NNZ9年Z9月Z9日

ZZZ9頁

公費負担者番号 99999999	公費負担者名 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
---------------------	------------------------------------

審査委員会において再度審議した結果、下記のとおり決定しましたので通知します。

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号 事業所名	公費受給者番号 公費受給者氏名	保険者番号 保険者名	サービス 提供年月	サービス 種類名	再審査 申立事由	再審査 結果コード	当初請求点数		申立点数		調整点数 公費負担額	被保険者番号	備考
							原審点数	決定点数	決定点数	決定点数			
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----	XXXXXXXXXX	
NNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNN		NNNNNNN	NNNNNNN		ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----		
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----	XXXXXXXXXX	
NNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNN		NNNNNNN	NNNNNNN		ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----		
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----	XXXXXXXXXX	
NNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNN		NNNNNNN	NNNNNNN		ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----		
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----	XXXXXXXXXX	
NNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNN		NNNNNNN	NNNNNNN		ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----		
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----	XXXXXXXXXX	
NNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNN		NNNNNNN	NNNNNNN		ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----		
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----	XXXXXXXXXX	
NNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNN		NNNNNNN	NNNNNNN		ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----		
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----	XXXXXXXXXX	
NNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNN		NNNNNNN	NNNNNNN		ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----		
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----	XXXXXXXXXX	
NNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNN		NNNNNNN	NNNNNNN		ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----		
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----	XXXXXXXXXX	
NNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNN		NNNNNNN	NNNNNNN		ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----		
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----	XXXXXXXXXX	
NNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNN		NNNNNNN	NNNNNNN		ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----		
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----	XXXXXXXXXX	
NNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNN		NNNNNNN	NNNNNNN		ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----		
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----	XXXXXXXXXX	
NNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNN		NNNNNNN	NNNNNNN		ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----	----	----		

		再 審 査 申 立 ( 請 求 )			再 審 査 決 定			調 整		
		件 数	点 数	公費負担額	件 数	点 数	公費負担額	件 数	点 数	公費負担額
合 計	介護給付費	ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,Z9	----	----
	高額介護サービス費	ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,Z9	----	----

再審査結果コード  
 01：原審通り    02：増（全部増）  
 03：減（全部減）    04：増（一部増）  
 05：減（一部減）

# 介護給付費過誤決定通知書 ( N NZ9 年 Z9 月取扱分 )

過誤申立については、下記のとおり決定しましたので通知します。

N NZ9 年 Z9 月 Z9 日

ZZZ9 頁

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	事業所名
999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号 保険者名	被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	サービス 種類名	過誤申立事由	点数 (食事提供費)	保険者負担額 (公費負担額)	備考
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						

		件数	点数 <sup>1</sup> (金額)	保険者負担額
合計	介護給付費	ZZZ,ZZ9	----	----
	食事提供費	ZZZ,ZZ9	----	----

<sup>1</sup> 食事提供費の場合は金額が印字される

# 介護給付費再審査決定通知書（NNZ9年Z9月取扱分）

NNZ9年Z9月Z9日

ZZZ9頁

審査委員会において再度審議した結果、下記のとおり決定しましたので通知します。

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	事業所名
999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号 (公費負担者番号)	被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	サービス 種類名	再審査 申立事由	再審査 結果コード	当初請求点数		申立点数	決定点数	調整点数	保険者負担額	備考
						原審点数						
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNNN NNNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	XX	ZZ,ZZ,ZZ,Z9		ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					ZZ,ZZ,ZZ,Z9		ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	

再審査結果コード

01：原審通り	02：増（全部増）
03：減（全部減）	04：増（一部増）
05：減（一部減）	

		再 審 査 申 立 ( 請 求 )			再 審 査 決 定			調 整		
		件 数	点 数	保 険 者 負 担 額	件 数	点 数	保 険 者 負 担 額	件 数	点 数	保 険 者 負 担 額
合 計	介護給付費	ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,Z9	----,---,---,--9	----,---,---,--9
	高額介護サービス費	ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,ZZ,ZZ,Z9	ZZ,Z9	----,---,---,--9	----,---,---,--9

# 給付管理票総括票

平成 12 年 9 月提出分

作成区分	1. 居宅介護支援事業所作成 ②. 自己作成 ( 保険者番号 : 0420XX )									
居宅介護 支援事業所	事業所番号									
	事業所名									
	所在地連絡先									

他 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票	新規分	0 枚	0 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件
	短期入所サービス給付管理票	新規分	0 枚	0 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件

自 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票	新規分	40 枚	39 件
		修正分	2 枚	2 件
		取消分	0 枚	0 件
	短期入所サービス給付管理票	新規分	18 枚	18 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件

### 介護給付費過誤申立書（例）

介護給付費審査委員会 殿

保険者番号	0	4	2	0	X	X
保険者名	介護保険者					
所在地	〒123 - 4567					
	県××市				1 - 2 - 3	
連絡先	電話番号 ××× - ××× - ××××					

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。 平成 12年10月15日

事業所番号										被保険者番号 被保険者氏名				サービス提供年月		申立事由コード		申立事由											
0	4	1	0	2	1	2	3	X	X	1	1	2	0	7	7	0	0	X	X	平成12年	8月	1	0	9	9	様式1 その他実績取下			
																				平成	年	月							
																				平成	年	月							
																				平成	年	月							
																				平成	年	月							
																				平成	年	月							
																				平成	年	月							
																				平成	年	月							
																				平成	年	月							



## 介護給付費再審査申立書（例）

介護給付費審査委員会 殿

保険者番号	0	4	2	0	7	7
保険者名	介護保険者					
所在地	〒123 - 4567					
	県××市			1 - 2 - 3		
連絡先	電話番号 ××× - ××× - ××××					

下記の介護給付について、再審査を申し立てます。

平成 12年10月15日

事業所番号	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	申立点数 (食事提供費)	申立事由コード	申立事由
04102123XX	11207700XX 加古 知	平成12年 8月	5 3	120	1013	過剰サービス
		平成 年 月				
		平成 年 月				
		平成 年 月				
		平成 年 月				
		平成 年 月				
		平成 年 月				
		平成 年 月				
		平成 年 月				

# 請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表

事業所（保険者）番号 0403XX

平成 12年 9月審査分

平成 12年 10月 11日

事業所（保険者）名 町

1頁  
県国民健康保険団体連合会

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	点数 (食事提供費)	事由	内 容	備 考
04102123XX ××事業所	1430140030 カゴ 知	給	H12. 8	11	500	A	項目の記述に誤りがあります	

種別 : サ...サービス計画費請求明細書、 請...請求明細書、 給...給付管理票  
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。

## 介護給付費過誤決定通知書（平成 12 年 10 月取扱分）

過誤申立については、下記のとおり決定しましたので通知します。

平成 12 年 11 月 20 日

1 頁

県国民健康保険団体連合

保険者番号	保 険 者 名
000403XX	町

事業所番号 事業所名	被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	サービス 種類名	過誤申立事由	点数 (食事提供費)	保険者負担額 (公費負担額)	備 考
04102123XX ××事業所	14301400XX 加口 知	H12. 8	介護療養施設サ ービス	病院短期明細その他 取下	-130	-1170	

		件数	点数 <sup>1</sup> (金額)	保険者負担額
合計	介護給付費	1	-130	-1170
	高額介護サービス費	0	0	0
	食事提供費	0	0	0

<sup>1</sup> 食事提供費の場合は金額が印字される 1711

# 介護給付費再審査決定通知書（平成12年10月取扱分）

保険者番号 000403XX	保険者名 町
-------------------	-----------

審査委員会において再度審議した結果、下記のとおり決定しましたので通知します。

事業所番号 事業所名	被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	サービス 種類名	再審査 申立事由	再審査 結果コード	当初請求点数		申立点数	決定点数	調整点数	保険者負担額	備考
							原審点数					
04102123XX ××事業所	11207700XX 加古 知功	H12. 8	介護療養施設 サービス	通常サービス 計算誤り	02	120 100		120	120	20	180	

		再審査申立（請求）			再審査決定			調整		
		件数	点数	保険者負担額	件数	点数	保険者負担額	件数	点数	保険者負担額
合計	介護給付費	1	120	120	1	120	108	1	20	180
	高額介護サービス費	0	0	0	0	0	0	0	0	0

再審査結果コード

01:原審通り	02:増(全部増)
03:減(全部減)	04:増(一部増)
05:減(一部減)	

### 介護給付費資格照合表

平成12年 6月 2日作成

1 頁

平成12年 5月審査分については確認の結果、下記の通りでしたので報告いたします。

県国民健康保険団体連合会

保険者番号	1234XX
保険者名	市

被保険者番号	サービス種類名	サービス提供年月	種別 ( 1 )	事業所番号 事業所名	被保険者情報				3	居宅サービス計画 作成区分コード 支援事業所番号	食事標準負担額 (月額) (日額)	単位数 単価	保険 給付率	公費1 給付率	公費2 給付率	公費3 給付率	日数 回数	単 位 数 食事提供費	利用者負担額 食事標準負担額	
					生年月日 性別コード	2 認定期間	開始 終了	限度額 適用期間												開始 終了
1234567890	訪問介護	H12.4	請	12345678XX	S8.1.1												10	135,800	13,580	
介護サービス				1															0	0
				S8.7.1																
2234567890	居宅介護支援	H12.4	請	22345678XX													10	105,500		
介護サービス				21															0	0
				11																

1 ... サ：サービス計画費請求明細書、請：請求明細書、給：給付管理票  
 2 ... 要介護区分コード（上段）/旧措置入所者特例コード（下段）  
 3 ... 訪問通所/短期入所支給限度額

介護給付費 払込請求書

市

殿

平成 12年 5月 審査確定額を下記のとおり払込み下さい。

Table with columns for amount (金額), service type (内訳), and payment details (払込期限, 送金先, 口座名).

平成 12年 6月 10日

理事長印

振込人 取扱銀行 振込人 県 国民健康保険団体連合会 理事長

領 収 書

市

殿

平成 12年 5月 審査確定額を下記のとおり領収いたしました。

Table with columns for amount (金額), service type (内訳), and payment details (払込期限, 送金先, 口座名).

年 月 日

理事長印

取扱店の領収印のないものは無効です。 振込人 取扱銀行 振込人 県 国民健康保険団体連合会 理事長

振込依頼書

Table with columns: 入金票, 通過番号, 発信時分, 受信者名, 発信印

Table for remittance details including bank name (銀行), branch (支店), amount (金額), and sender/receiver information (振込人, 依頼人).

実施印 預金照合印

(おねがい) 1.この振込は他の銀行と一緒にすることなく個別にお取扱い下さい。

公 金

Table with 備考 (Remarks) section containing details like 介護保険給付費の審査支払確定額, 審査年月, 払込期限.

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行(保管)

介護給付費 振込通知書

平成 12年 5月 審査分

( 経由 )

県 国民健康保険団体連合会 殿

Table for payment notification with columns for amount (金額), service type (内訳), account number (口座番号), and income item (収入科目).

振込人 取扱銀行 連合会

介護給付費 審査支払手数料払込請求書

市 殿

平成 12年 5月審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

Table with columns: 金額 (320,600円), 払込期限 (平成12年 6月25日), 内訳 (送金先: 銀行 支店), 区分 (件数, 一件当たり単価, 金額), 口座名 (マルマルコムバンクウカケ)

平成 12年 6月 10日

理事長印

振込人 取扱銀行 振込人 県 国民健康保険団体連合会 理事長

領 収 書

市 殿

平成 12年 5月審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

Table with columns: 金額 (320,600円), (取扱店), 内訳 (送金先: 銀行 支店), 区分 (件数, 一件当たり単価, 金額), 口座名 (マルマルコムバンクウカケ)

年 月 日

理事長印

取扱店の領収印のないものは無効です。

振込人 取扱銀行 振込人 県 国民健康保険団体連合会 理事長

振込依頼書

入金票 table with columns: 通過番号, 発信時分, 受信者名, 発信印

Main remittance form table with columns: 取組日, 年月日, 実施印, 先方銀行, 銀行, 支店, 複記, 預金種目, 普通, 口座番号, 1234567, 金額, 320,600円, 受取人, 氏名, 県国民健康保険団体連合会, 依頼人, 氏名, 市 殿

(おねがい) 1.この振込は他の銀行と一緒にすることなく個別にお取扱下さい。

公 金

備考 介護保険給付費の審査支払手数料 審査年月 12年 6月 払込期限 12年 6月 25日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行(保管)

介護給付費 審査支払手数料振込通知書

平成 12年 5月 審査分

( 経由 )

県 国民健康保険団体連合会 殿

Table with columns: 金額 (320,600円), 口座番号, 収入科目 (款, 項, 目, 節), 内訳 (送金先: 銀行 支店), 区分 (件数, 一件当たり単価, 金額), 口座名 (マルマルコムバンクウカケ)

振込人 取扱銀行 連合会

### 介護給付費等請求額通知書

平成12年 5月 審査分

平成12年 6月10日

1 頁

県国民健康保険団体連合会

保険者番号	1410XX
保険者名	市

款	保険給付費	項	介護サービス等諸費
---	-------	---	-----------

種類	通常分				再審査・過誤			介護給付費 (食事負担額)	利用者負担額 (食事標準負担額)	公費負担額
	件数	日数 回数	単位数	金額 (食事提供費)	件数	単位数	調整額			
訪問介護	22	135	142,985	1,429,850	1	3,025	30,250	1,314,090	18,810	127,200
訪問リハビリテーション	15	48	91,234	912,340	3	8,234	82,340	895,212	35,868	63,600
居宅介護サービス給付費	37		234,219	2,342,190	4	11,259	112,590	2,209,302	54,678	190,800
合計	37		234,219	2,342,190	4	11,259	112,590	2,209,302	54,678	190,800
累計										

審査支払手数料	請求額	累計
---------	-----	----



## 介護給付費等審査決定請求明細表

平成12年 5月審査分

平成12年 6月 10日

1 頁

県国民健康保険団体連合会

保険者番号	1410XX
保険者名	市

事業所番号	事業所名	サービス 提供年月	サービス 種類名	件数	日数 回数	単位数	金額 (食事提供費)	介護給付費 (食事負担額)	利用者負担額 (食事標準負担額)	公費負担額
12345678XX	××介護サービス	H12. 4	訪問介護	2	13	101,658	1,229,857	1,106,871	0	122,986
高額介護サービス費				1				15,785		-15,785
合計				3		114,904	1,229,857	1,122,656	0	107,201

介護給付費 払込請求書(公費負担分)

殿

平成 12年 5月 審査確定額を下記のとおり払込み下さい。

Table with columns for amount (金額) and service type (施設介護サービス). Total amount is 127,200 Yen.

Table with columns for payment period (払込期限), remittance bank (送金先), and account name (口座名).

平成 12年 6月 10日

振込人 取扱銀行 振込人

県国民健康保険団体連合会 理事長

理事長印

領 収 書

殿

平成 12年 5月 審査確定額を下記のとおり領収いたしました。

Table with columns for amount (金額) and service type (施設介護サービス). Total amount is 127,200 Yen.

(取扱店)

年 月 日

取扱店の領収印のないものは無効です。

振込人 取扱銀行 振込人

県国民健康保険団体連合会 理事長

理事長印

振込依頼書

Table with columns for entry type (入金票), transfer number (通過番号), issue time (発信時分), recipient name (受信者名), and issue date (発信日).

Table for remittance details including remittance date (取組日), remittance bank (先方銀行), recipient name (受取人), and remittance amount (金額).

実施印 承認合印

(おねがい) 1. この振込は他の銀行と一緒にすることなく個別にお取扱下さい。

公 金

備考 介護保険給付費の審査支払手数料 審査年月 12年 6月 払込期限 12年 6月 25日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行 (保管)

介護給付費 振込通知書(公費負担分)

平成 12年 5月 審査分

( 経由 )

県国民健康保険団体連合会 殿

Table for remittance notification with columns for amount (金額), remittance bank (口座番号), and service type (収入科目).

振込人 取扱銀行 連合会

## 介護給付費 審査支払手数料払込請求書（公費負担分）

殿

平成 12年 5月審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

金額	201,000 円
払込期限	平成12年 6月25日
送金先	銀行 支店
口座名	マルマルコムコミュニケーションズ

平成 12年 6月 10日

振込人 取扱銀行 振込人

県 国民健康保険団体連合会 理事長

理事長印

## 領 収 書

殿

平成 12年 5月審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

金額	201,000 円
----	-----------

(取扱店)

年 月 日

取扱店の領収印のないものは無効です。

振込人 取扱銀行 振込人

県 国民健康保険団体連合会 理事長

理事長印

## 振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印

取組日	年 月 日	実施印
先方銀行	銀行 支店	複記
受取人	預金種目 普通 口座番号 1234567 金額 201,000 円	払照合印
	フリガナ マルマルコムコミュニケーションズ 氏名 県国民健康保険団体連合会	
依頼人	フリガナ シカシカシカシカ 氏名 殿	(おながい) 1.この振込は他の銀行と一緒にする事なく個別にお取扱い下さい。

## 公 金

備考  
介護給付費の審査支払手数料  
審査年月 12年 6月  
払込期限 12年 6月 25日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行（保管）

## 介護給付費 審査支払手数料振込通知書（公費負担分）

平成 12年 5月 審査分

( 経由 )

県 国民健康保険団体連合会 殿

金額	201,000 円
----	-----------

口座番号 1234567	収入科目			
	款	項	目	節

振込人 取扱銀行 連合会

## 介護給付費等請求額通知書（公費負担者分）

平成12年 5月 審査分

平成12年 6月10日

公費負担者番号	141460XX
公費負担者名	

款	保険給付費	項	介護サービス等諸費
---	-------	---	-----------

県国民健康保険団体連合会

種 類	通常分				再審査・過誤			負担額	公費分本人負担額	
	件数	日数 回数	公費対象単位数	公費対象金額	件数	公費対象単位数	公費対象調整額			
訪問介護	22	135	142,985	1,429,850	1	3,025	30,250	71,500	1,505	
訪問リハビリテーション	15	48	91,234	912,340	3	8,234	82,340	48,914	820	
居宅介護サービス給付費	37		234,219	2,342,190	4	11,259	112,590	120,414	2,325	
合 計	37		234,219	2,342,190	4	11,259	112,590	120,414	2,325	
累 計										

請求額	累計
審査支払手数料	

# 介護給付費公費受給者別一覧表

平成12年 5月審査分

平成12年 6月 10日

1 頁

県国民健康保険団体連合会

公費負担者番号	123456XX
公費負担者名	

受給者番号	サービス提供年月	事業所番号	サービス種類名	サービス項目名	日数回数	公費対象単位数	公費負担金額	公費分本人負担額	保険者番号	被保険者番号
		事業所名							保険者名	
1234567	H12.4	12345678XX	訪問介護	訪問介護系身体介護滞在型1	10	12,766	6,383		1234XX	1234567890
		介護サービス							市	
1234567	H12.4	12345678XX	訪問入浴介護	訪問介護系身体介護滞在型1	10	7,428	3,714		1234XX	1234567890
		介護サービス							市	
1234567	H12.4	12345678XX	小計		20	20,194	10,097		1234XX	1234567890
		介護サービス							市	
1234567	H12.4	22345678XX	訪問リハビリテーション	訪問介護系身体介護滞在型1	10	12,306	6,153		1234XX	1234567890
		××介護サービス							市	
1234567	H12.4	22345678XX	小計		10	12,306	6,153		1234XX	1234567890
		××介護サービス							市	
1234567	H12.4	12345678XX	訪問介護	訪問介護系身体介護滞在型1	20	24,520	12,260		1234XX	1234567890
		介護サービス							市	
1234567	H12.4	12345678XX	小計		20	24,520	12,260	160	1234XX	1234567890
		介護サービス							市	
2234567	H12.4		高額介護サービス費				-15,000		1234XX	2234567890
									市	
2234567	H12.4		受給者計			57,020	13,510	160	1234XX	2234567890
									市	
合 計						57,020	27,260	160	6411	

介護給付費過誤決定通知書 (平成 12 年 10 月取扱分)

過誤申立については、下記のとおり決定しましたので通知します。

平成 12 年 11 月 20 日

1 頁

県国民健康保険団体連合会

公費負担者番号	公 費 負 担 者 名
121499XX	公費負担者

事業所番号 事業所名	公費受給者番号 公費受給者氏名	保険者番号 保険者名	サービス 提供年月	サービス 種類名	過誤申立事由	点数(食事提供費)	公費負担額	被保険者番号	備 考
04102123XX × × 事業者	121499XX 公費負担者	0403XX 町	H12. 8	介護療養サー ビス	病院定期要領その他 取下	-130	-65	14301400XX	

		件数	点数 <sup>1</sup> (金額)	公費負担額
合計	介護給付費	1	-130	-65
	高額介護サービス費	0	0	0
	食事提供費	0	0	0

<sup>1</sup> 食事提供費の場合は金額が印字される

### 護給付費再審査決定通知書（平成 12 年 10 月取扱分）

公費負担者番号 121499XX	公 費 負 担 者 名 公費負担者
---------------------	----------------------

審査委員会において再度審議した結果、下記のとおり決定しましたので通知します。

県国民健康保険団体連合会

県介護給付費審査委員会

事業所番号 事業所名	公費受給者番号 公費受給者氏名	保険者番号 保険者名	サービス 提供年月	サービス 種類名	再審査 申立事由	再審査 結果コード	当初請求点数	申立点数	調整点数 公費負担額	被保険者番号	備考
							原審点数	決定点数			
04102123XX	0123XX	0403XX	H12. 8	介護療養サ ービス	通常サービス 計算誤り	02	120	120	20	012345XX	
× × 事業者	加古 知功	町					100	120	10		

		再 審 査 申 立 ( 請 求 )			再 審 査 決 定			調 整		
		件数	点 数	公費負担額	件数	点 数	公費負担額	件数	点 数	公費負担額
合 計	介護給付費	1	120	120	1	60	60	1	20	10
	高額介護サービス費	0	0	0	0	0	0	0	0	0

再審査結果コード

01：原審通り	02：増（全部増）
03：減（全部減）	04：増（一部増）
05：減（一部減）	

このページは空白です。



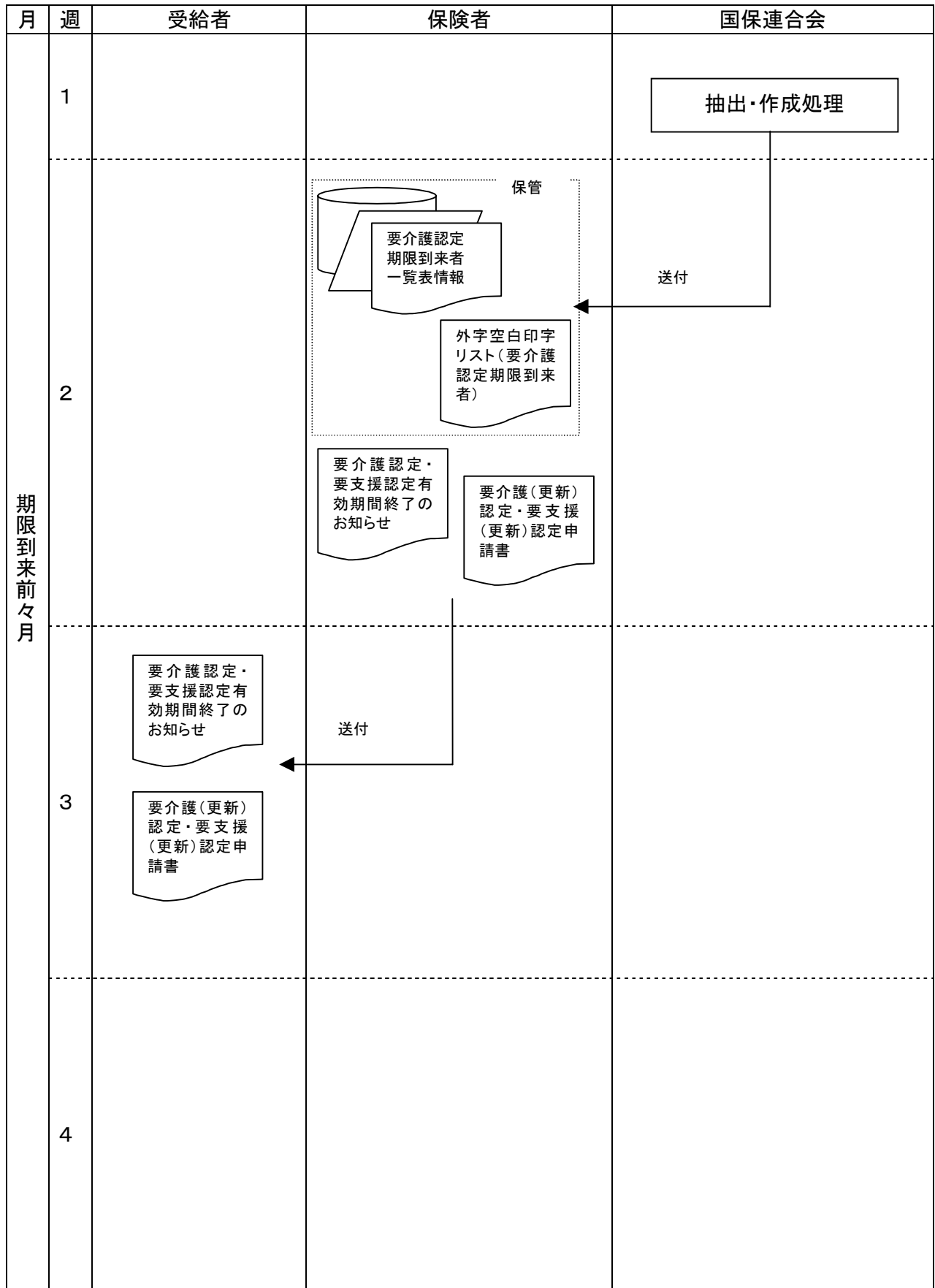
### 3 給付系保険者事務共同処理業務

### 3.1 受け渡し概要図

#### 3.1.1 要介護認定更新支援処理情報受け渡し概要

保険者	国保連合会
<p>2. 要介護認定期限到来者一覧表、外字空白印字リスト(要介護認定期限到来者)を保管する。</p> <p>3. 要介護認定・要支援認定有効期間終了のお知らせ、要介護(更新)認定・要支援(更新)認定申請書を受給者に送付する。</p>	<p>1. 受給者台帳から、要介護認定期限到来者(要支援認定、みなし認定を含む)を抽出し、要介護認定期限到来者一覧表、要介護認定・要支援認定有効期間終了のお知らせ、要介護(更新)認定・要支援(更新)認定申請書、外字空白印字リスト(要介護認定期限到来者)を作成して、保険者に送付する。</p>
備考	

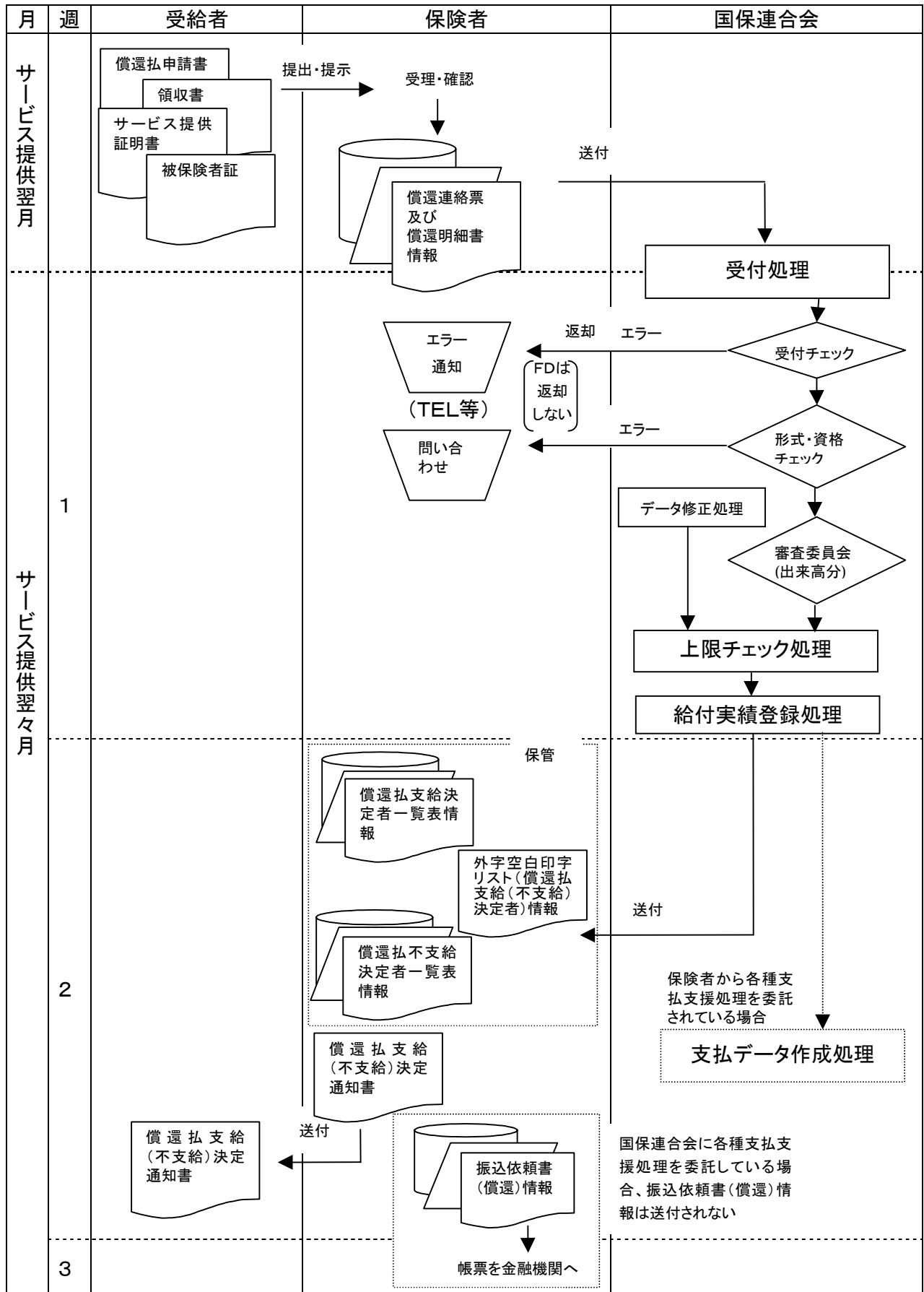
要介護認定更新支援処理情報受け渡し概要図



3.1.2 償還払給付額管理処理情報受け渡し概要

保険者	国保連合会
<p>1. 受給者からの償還払申請書、領収書(写し)、サービス提供証明書を受理するとともに被保険者証の提示を受けて、償還連絡票及び償還明細書情報を作成し、国保連合会に送付する。</p> <p>5. 償還払支給一覧表、償還払不支給一覧表、外字空白印字リスト(償還払支給(不支給)決定者)を保管する。</p> <p>6. 償還払支給(不支給)決定通知書を受給者に送付する。</p> <p>7. 振込依頼書(償還)を金融機関に送付する。</p>	<p>2. 償還連絡票及び償還明細書情報媒体の受付チェックを行い、エラーがあれば保険者に通知し、再送付を依頼する。エラーとなった磁気媒体(FD以外)は返却する。</p> <p>3. 償還連絡票及び償還明細書情報の形式・資格チェックを行い、エラーがあれば保険者に問い合わせし、データの修正を行う。出来高分については、審査委員会での審査を行う。</p> <p>4. 現物給付の給付実績確定後に上限チェックを行い、償還払支給一覧表、償還払不支給一覧表、償還払支給(不支給)決定通知書、外字空白印字リスト(償還払支給(不支給)決定者)、振込依頼書(償還)を作成して、保険者に送付する。</p>
<p>備考                      保険者が各種支払支援処理を委託している場合、振込依頼書(償還)の作成は行わない。</p>	

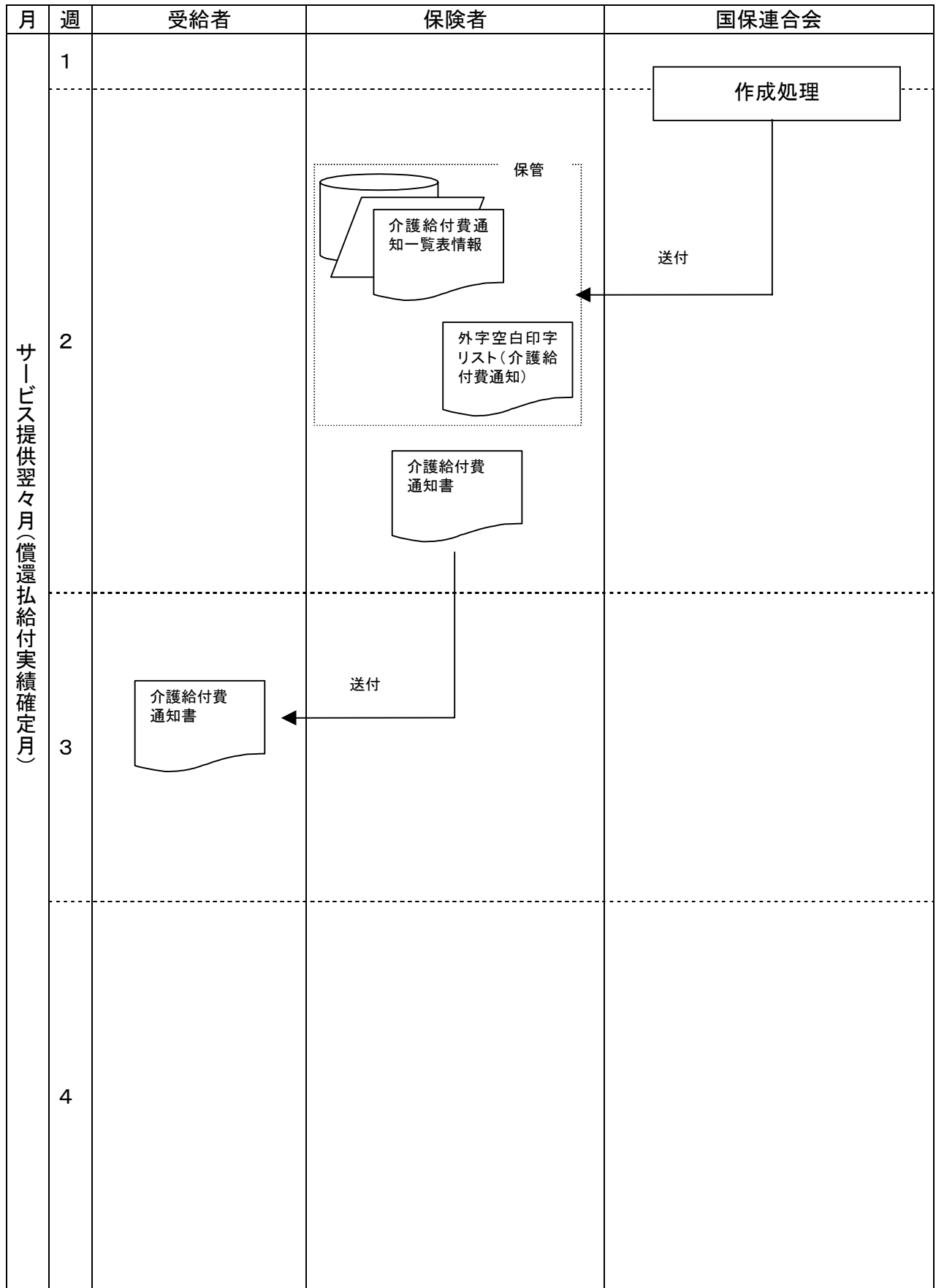
償還払給付額管理処理情報受け渡し概要図



3.1.3 介護給付費通知作成処理情報受け渡し概要

保険者	国保連合会
<p>2. 介護給付費通知一覧表、外字空白印字リスト(介護給付費通知)を保管する。</p> <p>3. 介護給付費通知書を受給者に送付する。</p>	<p>1. 給付実績から、介護給付費通知一覧表、介護給付費通知書、外字空白印字リスト(介護給付費通知)を作成して、保険者に送付する。</p>
<p><b>備考</b> 抽出期間は月次・隔月次・四半年次・半年次・年次で、保険者毎の変更が可能である。</p>	

介護給付費通知作成処理情報受け渡し概要図



3.1.4 高額介護サービス費支給処理情報受け渡し概要

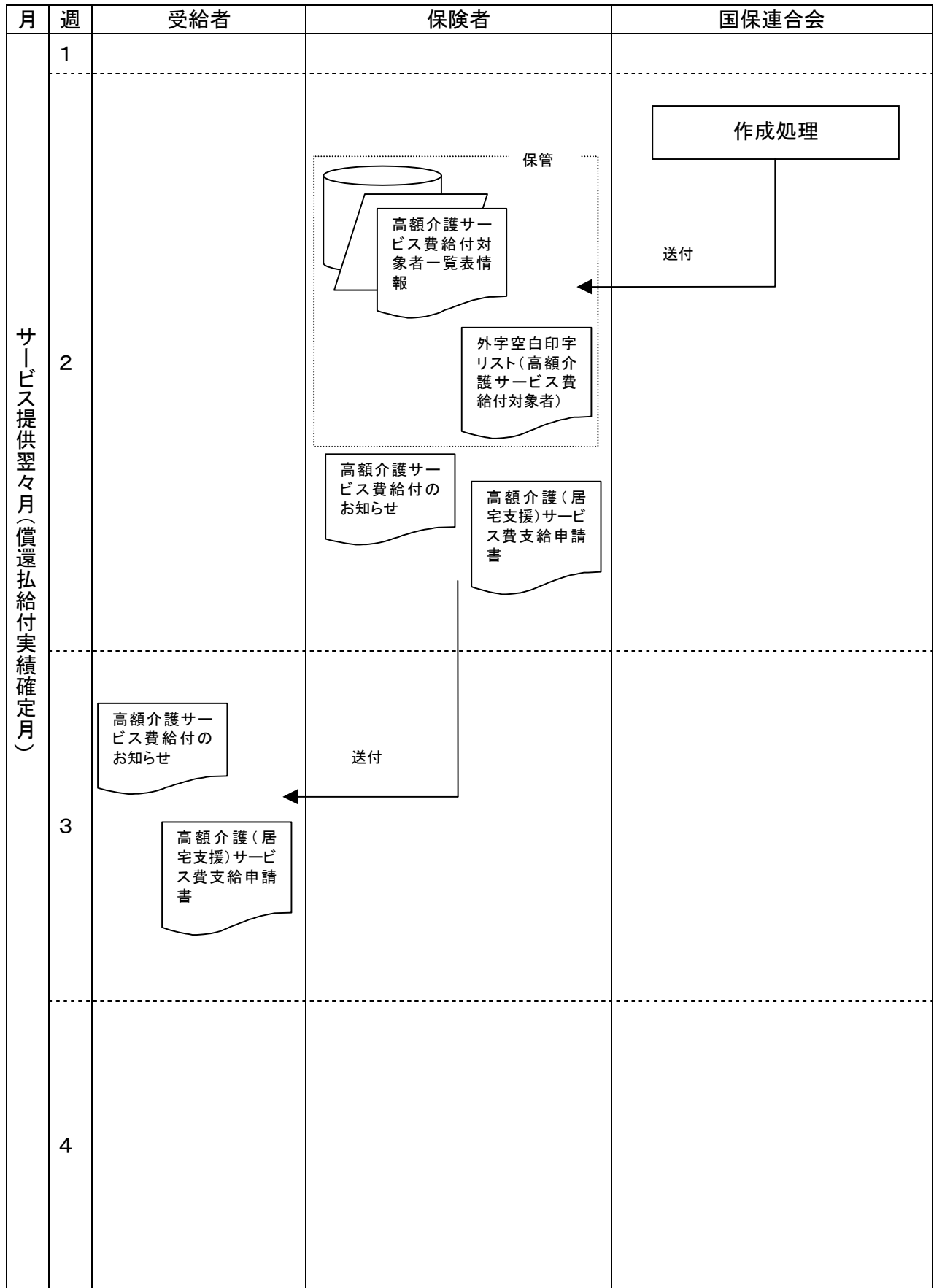
・申請書等

保険者	国保連合会
<p>2. 高額介護サービス費給付対象者一覧表、外字空白印字リスト(高額介護サービス費給付対象者)を保管する。</p> <p>3. 高額介護サービス費給付のお知らせ、高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書を受給者に送付する。</p>	<p>1. 給付実績から、高額介護サービス費給付対象者一覧表、高額介護サービス費給付のお知らせ、高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書、外字空白印字リスト(高額介護サービス費給付対象者)を作成して、保険者に送付する。</p>
備考	



高額介護サービス費支給処理情報受け渡し概要図

・申請書等

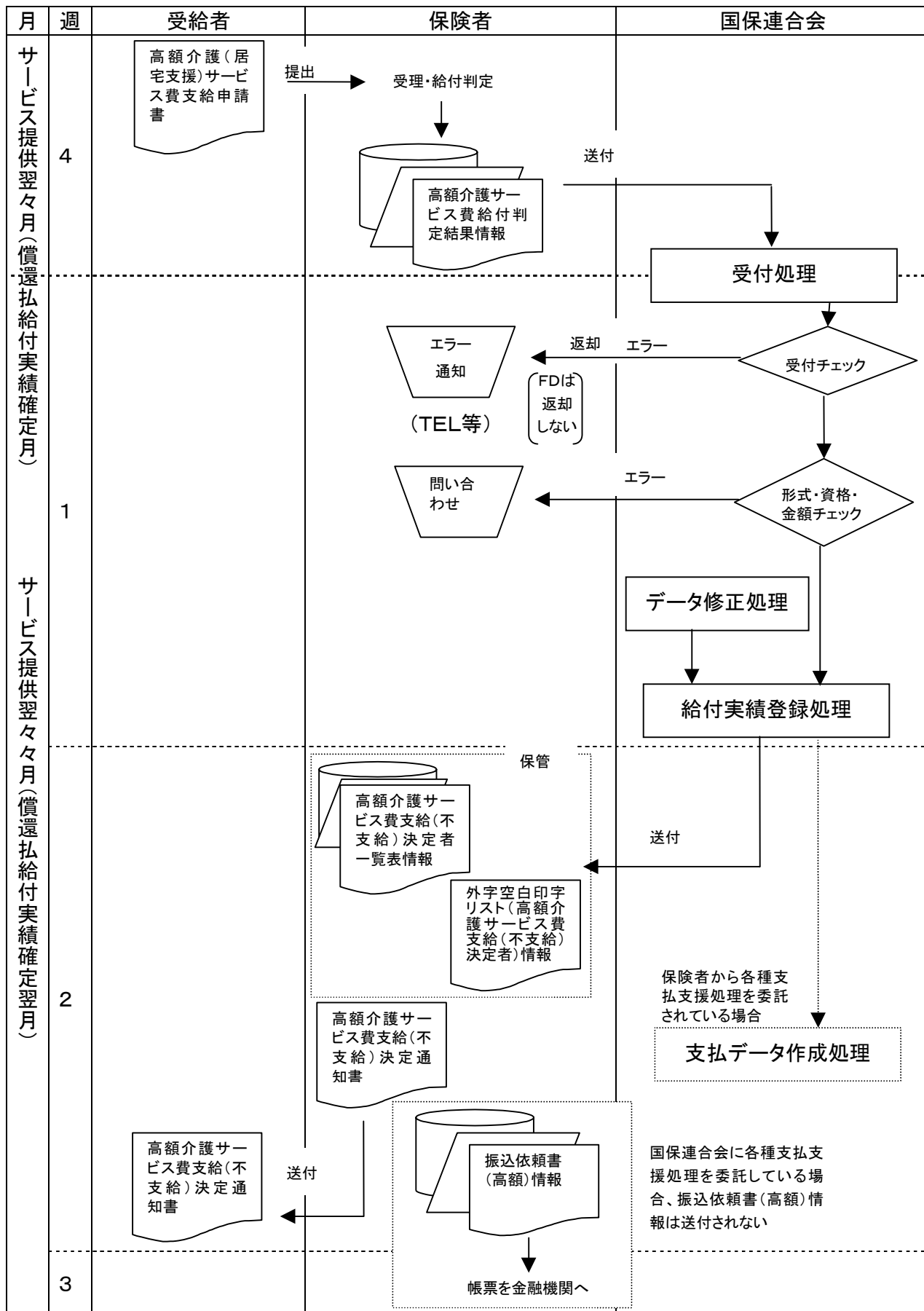


・支給(不支給)決定通知書等

保険者	国保連合会
<p>1. 受給者から高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書を受け取り、判定を行って、給付判定結果を国保連合会に送付する。</p> <p>5. 高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表、外字空白印字リスト(高額介護サービス費支給(不支給)決定者)を保管する。</p> <p>6. 高額介護サービス費支給(不支給)決定通知書を受給者に送付する。</p> <p>7. 振込依頼書(高額)を金融機関に送付する。</p>	<p>2. 給付判定結果情報媒体の受付チェックを行い、エラーがあれば保険者に通知し、再送付してもらう。エラーとなった磁気媒体(FD以外)は返却する。</p> <p>3. 給付判定結果の形式・資格・金額チェックを行い、エラーがあれば保険者に問い合わせし、データの修正を行う。</p> <p>4. 高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表、高額介護サービス費支給(不支給)決定通知書、外字空白印字リスト(高額介護サービス費支給(不支給)決定者)、振込依頼書(高額)を作成して、保険者に送付する。</p>
<p>備考                      保険者が各種支払支援処理を委託している場合、振込依頼書(高額)の作成は行わない。</p>	

高額介護サービス費支給処理情報受け渡し概要図

・支給(不支給)決定通知書等



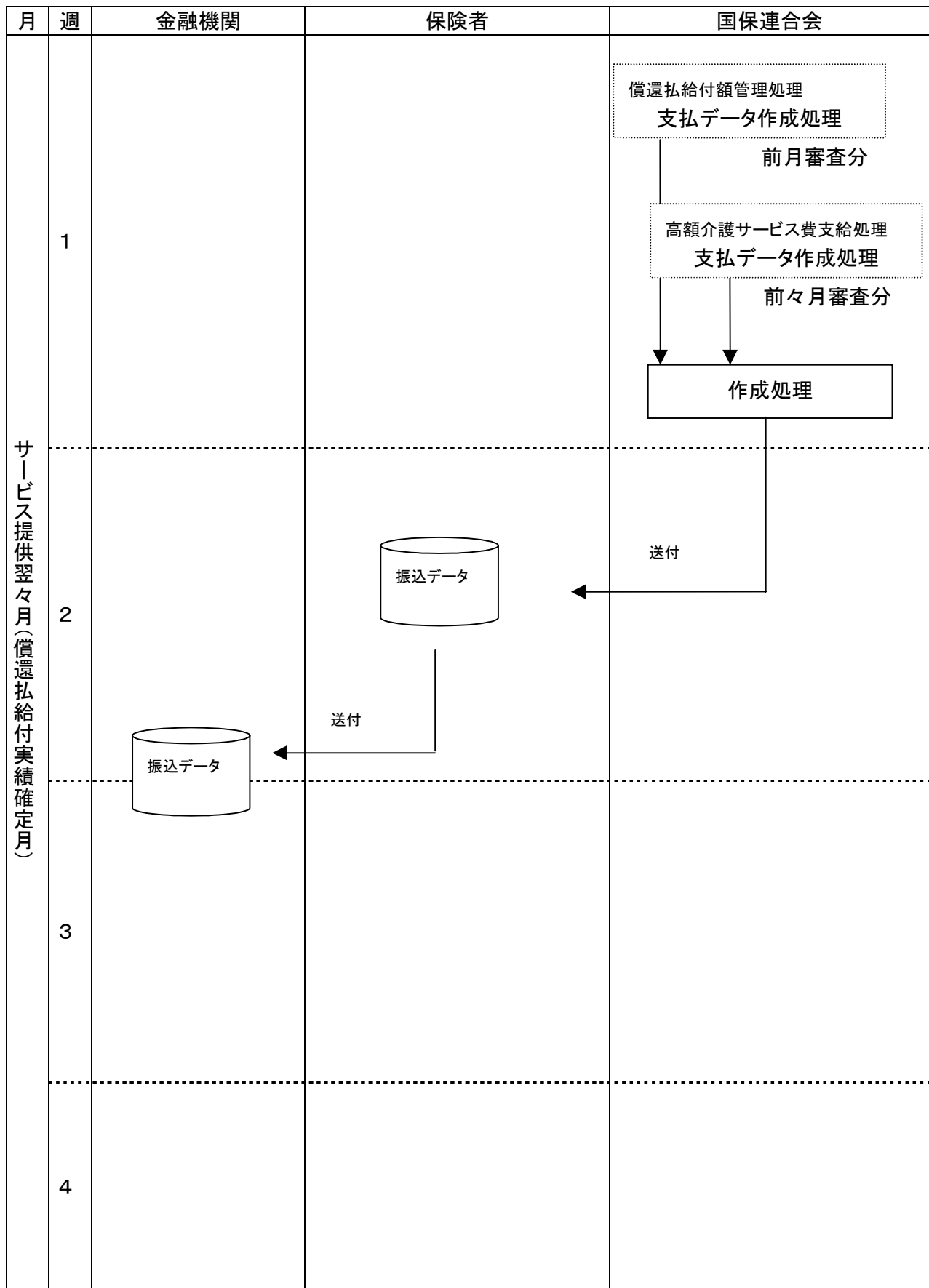
3.1.5 各種支払支援処理情報受け渡し概要

・国保連合会が振込データ作成までを行う場合

保険者	国保連合会
<p>2. 振込データを金融機関に送付する。</p>	<p>1. 償還払給付額管理処理及び高額介護サービス費支給処理で作成された支払データから、振込データを作成して、保険者に送付する。</p>
<p><b>備考</b>                      償還払給付額管理処理及び高額介護サービス費支給処理において、同一受給者への支払がそれぞれの処理で発生した場合、振込金額の合算は行わない。</p>	

各種支払支援処理情報受け渡し概要図

・国保連合会が振込データ作成までを行う場合

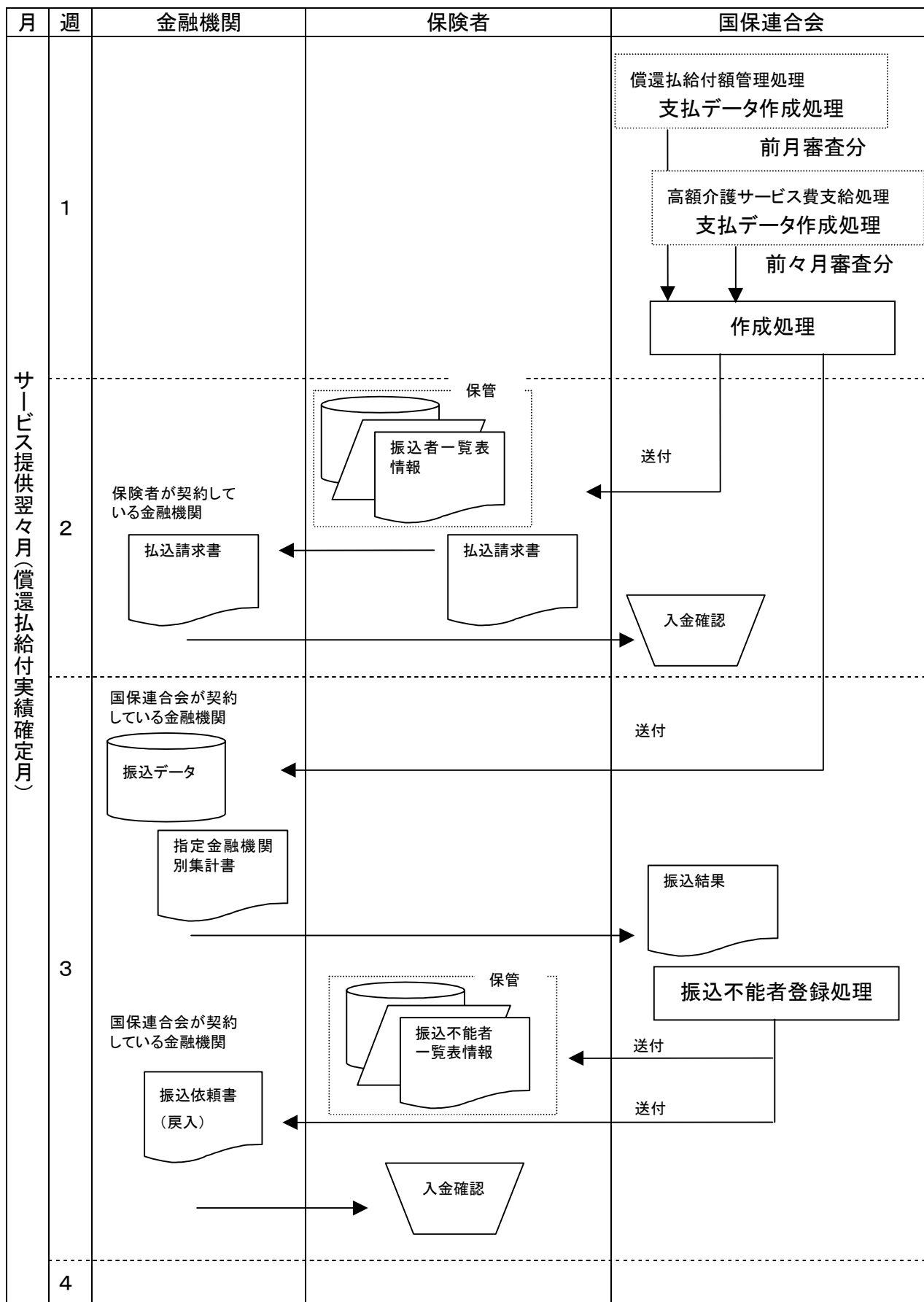


・国保連合会が受給者への振込までを行う場合（支払不能時の対応なし）

保険者	国保連合会
<p>3. 振込者一覧表を保管する。</p> <p>4. 払込請求書を利用して、国保連合会への振込を行う。</p> <p>10. 振込不能者一覧表を保管する。</p> <p>12. 振込不能者分の金額の入金確認を行う。</p>	<p>1. 償還払給付額管理処理及び高額介護サービス費支給処理で作成された支払データから、振込データ、指定金融機関別集計書、振込者一覧表、払込請求書を作成する。</p> <p>2. 振込者一覧表、払込請求書を保険者に送付する。</p> <p>5. 入金を確認して、振込データ、指定金融機関別集計書を金融機関に送付する。</p> <p>6. 金融機関から振込結果を受け取る。</p> <p>7. 振込不能者の登録を行う。</p> <p>8. 振込不能者一覧表、振込依頼書(戻入)を作成する。</p> <p>9. 振込不能者一覧表を保険者に送付する。</p> <p>11. 振込依頼書(戻入)を金融機関に送付して、保険者へ振込不能者分の金額の戻入を行う。</p>
<p><b>備考</b> 償還払給付額管理処理及び高額介護サービス費支給処理において、同一受給者への支払がそれぞれの処理で発生した場合、振込金額の合算は行わない。</p>	

各種支払支援処理情報受け渡し概要図

・国保連合会が受給者への振込までを行う場合(支払不能時の対応なし)



・国保連合会が受給者への振込までを行う場合（支払不能時の対応あり）

保険者	国保連合会
<p>3. 振込者一覧表を保管する。</p> <p>4. 払込請求書を利用して、国保連合会への振込を行う。</p> <p>9. 振込不能者分の金額の入金確認を行う。</p>	<p>1. 償還払給付額管理処理及び高額介護サービス費支給処理で作成された支払データから、振込データ、指定金融機関別集計書、振込者一覧表、払込請求書を作成する。</p> <p>2. 振込者一覧表、払込請求書を保険者に送付する。</p> <p>5. 入金を確認して、振込データ、指定金融機関別集計書を金融機関に送付する。</p> <p>6. 金融機関から振込結果を受け取る。</p> <p>7. 保険者との調整を行う。</p> <p>8. 振込不能者への再振込または振込不能者分の金額の保険者への戻入を行うために、振込依頼書（戻入）を作成して、金融機関に送付する。</p>
<p><b>備考</b>  償還払給付額管理処理及び高額介護サービス費支給処理において、同一受給者への支払がそれぞれの処理で発生した場合、振込金額の合算は行わない。</p>	



各種支払支援処理情報受け渡し概要図

・国保連合会が受給者への振込までを行う場合(支払不能時の対応あり)

