

## 【 V. 各種届出様式 】

(このページは空白です)

# 発行願

平成 年 月 日

京都府国民健康保険団体連合会 様

介護事業所 ・ 障害事業所 (いずれかに○をしてください)

事業所番号										
事業所名称										
事業所住所	〒 -									
連絡先	電話									
	FAX									
開設者氏名										印

◎発行してほしい書類名 (必要なものに○をして1. 2については必要な審査月を記載してください)

- |                 |                                  |          |      |
|-----------------|----------------------------------|----------|------|
| [               | 1 返戻関係情報一式 (返戻・増減関係情報 等)         | _____月審査 |      |
|                 | 2 支払関係情報一式 (支払決定・過誤決定・再審査決定通知 等) | _____月審査 |      |
|                 | 3 届                              |          |      |
|                 | 介護 → 介護給付費の請求及び受領に関する届           |          |      |
|                 | 障害 → 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届      |          |      |
| 4 電子請求用ID・パスワード | 本番請求用                            | ・        | テスト用 |
| 5 その他 (         |                                  |          | )    |

◎発行方法

紙 ・ 伝送 (いずれかに○をしてください)

◎発行の理由

[ ]

※ 紛失等により、再発行を『発行方法・紙』で依頼の場合は、返送用封筒の送付を願います。

# 却 下 願

事業所 → 国保連合会 (20日締切(必着))

介護給付費審査委員会 殿

下記の介護給付について、却下をお願いいたします。

平成 年 月 日

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
電話番号	

保険者番号	被保険者番号 被保険者名	サービス 提供年月	明細書 様式	給付 単位数	却下理由
		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			

# 記載例

事業所 → 国保連合会 (20日締切(必着))

# 却 下 願

介護給付費審査委員会 殿

下記の介護給付について、却下をお願いいたします。

平成 30 年 5 月 13 日

事業所番号	2 6 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■
事業所名	〇〇事業所
所在地	〒 ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ ■
	〇〇市〇〇町
電話番号	■■■ - ■■■■ - ■■■■■

保険者番号		被保険者番号 被保険者名										サービス 提供年月	明細書 様式	給付 単位数	却下理由				
2	6	1	0	1	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	平成 30年 4月	様式第二	1 5 0 3	請求誤りのため
		国 保 花 子																	
2	6	1	0	1	6	1	0	0	0	1	0	0	0	1	2	平成 30年 3月	様式第三	3 0 0 5	請求誤りのため
		介 護 太 郎																	
2	6	2	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	3	4	5	平成 30年 2月	様式第二	2 0 5	請求誤りのため
		介 護 京 太																	
																平成			
																年 月			

・却下願いは、当月審査分の府内保険者分のみ対象になります。

※他県保険者分は当月却下の処理はできませんのでご注意ください。

例) 平成30年5月10日までに提出した明細書に誤りが見つかった。  
5月20日までに却下願を連合会に提出すれば、5月審査で返戻になる。

# 保留分取下げ書

事業所 → 国保連合会 (20日締切(必着))

介護給付費審査委員会 殿

下記の介護給付について、却下をお願いいたします。

平成 年 月 日

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
電話番号	

保険者番号	被保険者番号 被保険者名	サービス 提供年月	明細書 様式	給付 単位数	却下理由
		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			

# 記載例

事業所 → 国保連合会 (20日締切(必着))

# 保留分取下げ書

介護給付費審査委員会 殿

下記の介護給付について、却下をお願いいたします。

平成 30 年 5 月 11 日

事業所番号	2 6 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■
事業所名	〇〇事業所
所在地	〒 ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■
	〇〇市〇〇町
電話番号	■■■■ - ■■■■ - ■■■■

保険者番号		被保険者番号 被保険者名		サービス 提供年月	明細書 様式	給付 単位数	却下理由													
2	6	1	0	1	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	平成 30年 3月	様式第二	1 2 2 5	請求誤りのため	
																平成 30年 1月	様式第三	6 5 0 0	請求誤りのため	
																平成 年 月				
																平成				
<p>先月時点で、保留になっている明細書を取り下げる場合は、保留分取下げ書を連合会に提出する。</p> <p>例) H30年4月審査分で保留になっていた国保花子さんの明細書に誤りが見つかった場合。 保留分取下げ書を連合会に5月20日までに送付すれば、5月審査で返戻となる。</p>																				
																年 月				
																平成 年 月				
																平成 年 月				
																平成 年 月				

事業所→保険者 → 国保連合会(20日締切)

## 介護給付費過誤申立書

※過誤申立は、保険者へ依頼していただきますので、締切日は各保険者へお問い合わせください。

### 介護給付費審査委員会 殿

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

保険者番号						
保険者名						
所在地	〒					
電話番号						

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		

事業所→保険者→国保連合会(20日締切) **介護給付費過誤申立書【介護予防・日常生活支援総合事業用】**

※過誤申立は、保険者へ依頼していただきますので、締切日は各保険者へお問い合わせください。

介護給付費審査委員会 殿

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

保険者番号						
保険者名						
所在地	〒					
電話番号						

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		

※書式の変更をしないで下さい。

事業所→保険者 → 国保連合会(5日締切)

## 介護給付費過誤申立書 (同月再請求分)

※過誤申立は、保険者へ依頼していただきますので締切日は各保険者へお問い合わせください。

**介護給付費審査委員会 殿**

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

保険者番号							
保険者名							
所在地	〒						
電話番号							

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		

事業所→保険者 → 国保連合会(5日締切)

## 介護給付費過誤申立書【介護予防・日常生活支援総合事業用】

(同月再請求分)

※過誤申立は、保険者へ依頼していただきますので締切日は各保険者へお問い合わせください。

**介護給付費審査委員会 殿**

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

保険者番号							
保険者名							
所在地	〒						
電話番号							

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		

※書式の変更をしないで下さい。

# 記載例(共通)

## 介護給付費過誤申立書

介護給付費審査委員会 殿

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業所が保険者に過誤申立依頼した日

平成 30 年 5 月 15 日

保険者番号	2	6	■	■	■	■
保険者名	保 険 者 名					
所在地	〒 ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■					
	〇〇市〇〇町					
電話番号	■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■					

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
2 6 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	0 0 0 0 0 0 0 1 2 3 介 護 太 郎	平成 30年3月	4 0 9 9	運営基準減算該当のため
		平成 年 月		前2桁は様式番号、後2桁は事由コード番号を設定。 (過誤申立書記載の注意点参照)
		平成 年 月		
2 6 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5 京 都 花 子	平成 26年9月	7 0 0 2	療養環境減算該当のため
	同一被保険者で提供年月、請求様式が 複数ある場合は、被保険者番号を優先	平成 年 月		過誤申立理由を具体的に記載する。
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		

## 介護給付費及び給付管理票情報送付票

京都府国民健康保険団体連合会 様

送付日										
事業所番号										
事業所名称										
住所										
連絡先	TEL									
	FAX									
担当者										

請求媒体区分に○を付し、媒体枚数および媒体に入っているファイル数をご記入ください。

請求媒体区分	C D - R ・ F D
媒体枚数	枚
合計ファイル数	ファイル

※以下、地域包括支援センターおよび居宅介護支援事業所のみご記入ください。

給付管理票ファイルの有無について○を付してください。

給付管理票ファイル	有 ・ 無
-----------	-------

連合会使用欄	

## 介護給付費及び給付管理票情報送付票

京都府国民健康保険団体連合会 様

送付日	平成 ■■ 年 ■ 月 ■ 日										
事業所番号	2	6	■	■	■	■	■	■	■	■	
事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所										
住所	〇〇市 〇〇町〇〇										
連絡先	TEL	■■■■-■■■■-■■■■■									
	FAX	■■■■-■■■■-■■■■■									
担当者	〇〇 太郎										

請求媒体区分に○を付し、媒体枚数および媒体に入っているファイル数をご記入ください。

請求媒体区分	○ CD-R ・ FD
媒体枚数	1 枚
合計ファイル数	5 ファイル

媒体に入っているCSVファイルの数の合計を記載する。

※以下、地域包括支援センターおよび居宅介護支援事

給付管理票ファイルの有無について○を付してください。

給付管理票ファイル	○ 有 ・ 無
-----------	---------

	連合会使用欄

媒体に入っているCSVファイルに、給付管理票のファイルが含まれている場合は「有」、含まれていない場合は「無」に○を付してください。