

介護給付費請求事務 新規事業所説明資料

令和 3 年 4 月



コッポちゃん

大阪府国民健康保険団体連合会

目 次

介護給付費等の請求・支払等

- 1 介護給付費等の受付から支払まで
- 2 審査結果と支払通知
- 3 過誤の取扱い
- 4 給付管理票情報の誤りを修正する場合
- 5 介護給付費等請求及び受領に関する届及び
委任状・委任解除届記載例
- 6 お問い合わせ先等



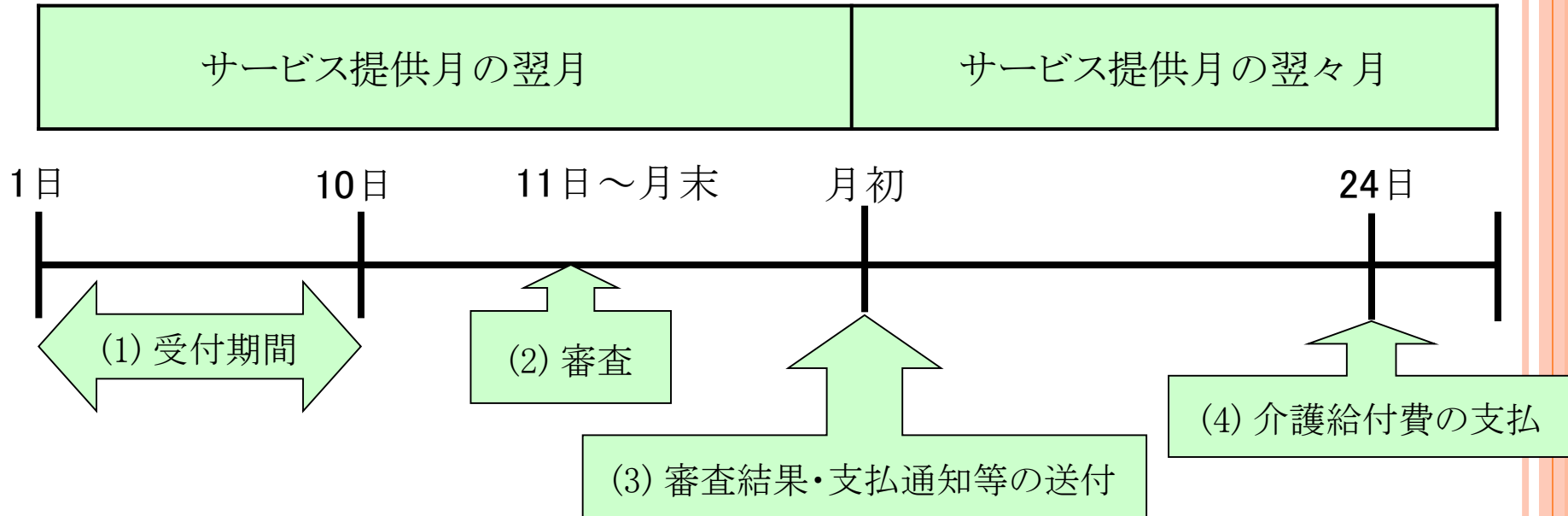
1 介護給付費等の 受付から支払まで



コッポちゃん

大阪府国民健康保険団体連合会

1 介護給付費等の受付から支払まで



(1) 受付

受付媒体	受付期間	受付時間
伝送（インターネット）	1日～10日	24時間（10日は23時59分まで）
磁気（FD・CD-R・MO）	1日～10日	午前9時～午後5時30分
紙媒体	1日～10日	午前9時～午後5時30分

国保連合会は、居宅介護支援事業所、居宅介護サービス事業所、介護保険施設等から、給付管理票、介護給付費請求(明細)書、介護予防・日常生活支援総合事業費請求(明細)書、介護保険主治医意見書作成料請求(明細)書を受け付けています。
ただし、介護保険主治医意見書作成料請求(明細)書については大阪府内保険者分のみとなります。

注意事項

- ・伝送(インターネット)については、24時間受付をしています。(午前3時から午前5時までは、設備点検保守のため、時間を要する場合があります。)
- ・国保連合会への持参分の受付については、土曜日・日曜日及び祝日においては行っていません。
(ただし、最終日の10日が土曜日・日曜日・祝日の場合は受付を実施しています。)
- ・郵送分については、10日必着です。
- ・受付期間(10日)を過ぎた分については、翌月請求分の取り扱いとなりますのでご注意ください。
- ・磁気媒体で請求される場合は、1事業所(1事業所番号)につき、1磁気媒体でご請求ください。
(複数の事業所分の請求を1枚の磁気媒体に入力していると受付することができません。)
- ・紙媒体での請求については、回線機能障害等、伝送・磁気媒体による請求を行うことが困難となった場合、または国保連合会に免除届(第5条)を提出された事業所等に限り当月の請求が可能となっています。
- ・介護保険主治医意見書作成料請求(明細)書については、紙媒体のみの請求となり、伝送・磁気媒体での受付は行っていません。



(2) 審査

一次審査	事業所番号、保険者番号、生年月日、実日数等の誤りや記入漏れ等基本的事項の審査をします。
資格審査	事業所台帳、受給者台帳との突合、明細書、給付管理票の重複等の審査をします。
上限審査	明細書情報と給付管理票情報の突合審査をします。
その他の審査	緊急時施設療養費、緊急時施設診療費、所定疾患施設療養費、特別療養費、特定診療費、特別診療費の請求内容を審査します。
他都道府県の被保険者の審査	他都道府県の被保険者の請求は、被保険者の属する都道府県の国保連合会で審査します。(一次審査のみ大阪で行います。)

※事業所台帳・・・大阪府、指定権者(保険者・広域連合)が作成した指定事業所等の基本・サービス情報で国保連合会に送付し登録されている各事業所の情報

受給者台帳・・・利用者の保険者が作成した要介護度、認定期間等の情報で国保連合会に送付し登録されている各受給者(利用者)の情報

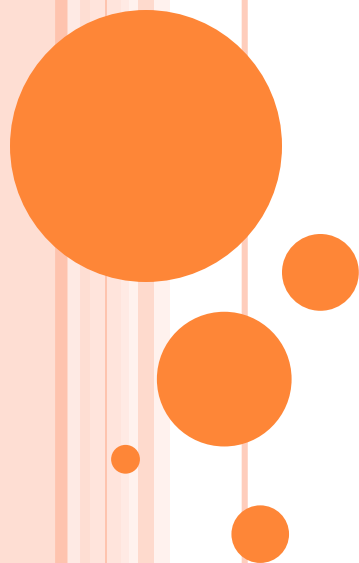
(3) 事業所支払

介護保険事業所別に、請求月の翌月24日に介護給付費等の振込を行います。

※24日が土、日、祝日の場合は翌日の振込となります。

なお、年間の支払日については、本会ホームページに掲載していますのでご確認ください。

2 審査結果と支払通知



大阪府国民健康保険団体連合会



コッポちゃん

2 審査結果と支払通知

介護事業所別の審査結果と決定した支払額の通知書を翌月初めにお送りします。

インターネット請求の事業所は伝送で、インターネット請求以外の事業所は郵送でお送りします。

インターネットの代理請求の登録をされている場合は、代理人に伝送でお送りします。

介護給付費等支払決定額通知書	振込金額の内訳及び支払日を通知します。
介護給付費支払決定額内訳書	保険者、サービス提供年月、サービス種類ごとの審査決定件数、金額等及び保険者負担金額等をお送りします。
介護保険審査決定増減表	請求のあった介護給付費のうち、審査決定に際し、請求書と請求明細書の積上げとの差、返戻、査定増減、保留のあったものについてお送りします。
介護保険審査増減単位数通知書	給付管理票に実績が記載されていなかったもの及び給付管理票の実績を超えるものについて調整された単位数等について通知します。 緊急時施設療養費、緊急時施設診療費、所定疾患施設療養費、特別療養費、特定診療費、特別診療費の審査内容に疑義のあったものについて調整された単位数等について通知します。
請求明細書・給付管理票返戻(保留)一覧表	支援事業所、サービス事業所から提出された給付管理票、請求明細書を審査した結果、返戻または保留になったものについてお送りします。
介護給付費過誤決定通知書	過誤申立の決定分について通知します。
介護給付費再審査決定通知書	給付管理票に実績修正されたもの及び緊急時施設療養費、緊急時施設診療費、所定疾患施設療養費、特別療養費、特定診療費、特別診療費の審査内容に疑義のあったものについて調整された単位数等について通知します。
介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ	「指定サービス等、地域密着型サービス、介護予防・日常生活支援総合事業サービス」別、「介護職員処遇改善加算総額、介護職員等特定処遇改善加算総額」別の金額と加算額の総額をお送りします。
介護職員処遇改善加算等内訳のお知らせ(内訳書)	被保険者、サービス提供年月、サービス種類ごとの介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算の金額、及びサービス種類ごとの加算額の小計をお送りします。

高額介護サービス費給付対象者一覧表（高額受領委任払）	高額介護サービス費給付対象者を被保険者、サービス提供年月、サービス種類単位毎にお送りします。
高額介護サービス費給付対象者一覧表（高額受領委任払）（再審査・過誤分）	再審査、過誤により変更となった高額介護サービス費給付対象者の変更前と変更後のサービス費用、自己負担額、算定基準額、高額支給額をお送りします。
介護予防・日常生活支援総合事業支払決定額内訳書	保険者、サービス提供年月、サービス種類ごとの審査決定件数、金額等及び保険者負担金額等をお送りします。
介護予防・日常生活支援総合事業審査決定増減表	請求のあった介護給付費のうち、審査決定に際し、請求書と請求明細書の積上げとの差、返戻、査定増減、保留のあったものについてお送りします。
介護予防・日常生活支援総合事業審査増減単位数通知書	給付管理票に実績が記載されていなかったもの及び給付管理票の実績を超えるものについて調整された単位数等について通知します。
介護予防・日常生活支援総合事業請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表	支援事業所、サービス事業所から提出された給付管理票、請求明細書を審査した結果、返戻または保留になったものについてお送りします。
介護予防・日常生活支援総合事業過誤決定通知書	過誤申立の決定分について通知します。
介護予防・日常生活支援総合事業再審査決定通知書	給付管理票に実績修正されたもので調整された単位数等について通知します。
居宅介護支援請求におけるサービス実施一覧表 調査票	サービス事業所の給付実績がなく、計画費のみ支払いが済んでいる場合にサービス実績の調査をお願いします。

※この資料に掲載している様式は介護給付費での様式となっており、介護予防・日常生活支援総合事業分については、様式は別様式となりますが、介護給付分と見方は同様となります。



介護給付費等支払決定額通知書

〒 123-4567

大阪府××市△△△△町1-2-3

×××事業所

様

介護給付費等支払決定額通知書

令和02年01月審査分として下記金額を支払決定し
右記銀行 に送金しますので通知いたします

事業所番号	2700000001
金額	522,400 円

〇〇〇銀行

×××支店

介護給付費等の請求及び受領に
関する届に記載の銀行・支店

令和02年02月25日
大阪府国民健康保険団体連合会

振込金額内訳

介護給付費	500,000 円
主治医意見書作成料(税込)	円

介護給付費等支払決定額内訳書

国保連合会 → 事業所

介護給付費等支払決定額内訳書

令和2年2月〇日

事業所番号	事業所名
270000002	×××事業所

令和 2年 1月審査分

1頁

大阪府国民健康保険団体連合会

保険者番号 (公費負担者番号)	サービス 提供年月	サービス 種類名	審査決定				金額 円	保険者(公費負担者) 負担金額 (特定入所者介護費等)	備考
			件数	日数 (回数) 日 (回)	単位数 単位	金額			
00271403	R1.11	福祉用具貸与	1	31	3,000	30,000	27,000		
00271403	R1.11	予防訪問介護	2	10	5,000	53,500	50,150		
00271403	R1.12	訪問介護	20	100	30,000	321,000	280,000		
00272021	R1.12	訪問介護	1	2	1,000	10,700	9,630		
1227XXXX	R1.12	訪問介護	1	5	2,000	21,400	21,400		
審査決定	介護サービス費 特定入所者介護費等								
過誤調整	介護サービス費 特定入所者介護費等								
支払決定	介護サービス費 特定入所者介護費等								

介護給付費の総額

「保険者(公費負担者)負担金額(特定入所者 介護費等)」
 保険者、公費負担者から支払われる金額と、特定入所者介護費の
 補足給付分を表示します。
 生活保護単独の場合は、負担者番号毎に表示します。

- ※ 1. 下段は特定入所者介護サービス費等です。
- ※ 2. 特定入所者介護サービス費等の件数、日数は再掲です。
- ※ 3. 単位数、金額、保険者(公費負担者)負担金額(特定入所者介護費等)の各欄は介護保険給付と公費給付の合算です(生保単独を除く)。
- ※ 4. 過誤調整の内訳については、介護給付費過誤決定通知書、介護給付費再審査決定通知書に記載しています。

介護保険審査決定増減表

事業所番号 2700000001

介護保険審査決定増減表

令和2年2月〇日

令和 2年 1月 審査分

1頁

事業所名 ×××サービス事業所

大阪府国民健康保険団体連合会

保険者番号	サービス提供年月	請求差		返 戻		査 定 増 減		保 留 分		保 留 復 活 分		備 考
		件数	金額 特定入所者介護費等	件数	単位数 特定入所者介護費等	件数	単位数 特定入所者介護費等	件数	単位数 特定入所者介護費等	件数	単位数 特定入所者介護費等	
270000	R1.12			1	1,000	1	-300	0	0	0	0	
270001	R1.12			0	0	0	0	1	150	0	0	
270003	R1.12			1	7,530	0	0	0	0	0	0	
				1	2,000	0	0	0	0	0	0	

下段は特定入所者介護サービス費を出力

- ◎請求差 提出された請求書と審査決定後の請求明細書との差額。
(公費の該当がある場合は、公費分も含む。)
(例) 介護保険と公費併用明細書が返戻になった場合ー2件
- ◎返戻 請求明細書・給付管理票返戻(保留)一覧表を参照。
- ◎査定増減 介護保険審査増減単位数通知書を参照。
- ◎保留分 給付管理票が確定されていないため決定されていない明細書。
(請求明細書・給付管理票返戻(保留)一覧表を参照。)
居宅サービス介護給付費明細書は国保連合会で1か月保管、
しかし、次月審査で支援事業所から給付管理票の提出がない場合等は、
返戻となります。
- ◎保留復活分 給付管理票が提出され、前月保留分が審査決定されたもの。

のです。

介護保険審査増減単位数通知書

介護保険審査増減単位数通知書

令和2年1月審査分

令和2年2月〇日

1頁

大阪府国民健康保険団体連合会

大阪府国民健康保険団体連合会審査委員会

事業所番号 2700000001

事業所名 ×××事業所

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
270000	0000000001	R1.12	11		-3,000	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単) 請求単位数 (3000単)	
270000	0000000002	R1.12	15		-1,000	B	給付管理票の実績を超えるもの 確定単位数 (3500単) 請求単位数 (4500単)	

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を表示します。

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を表示します。

③「サービス種類コード」、
「サービス項目コード」
減点となった請求明細書等の該当のサービスコードを表示します。

④「増減単位数」
減点となった請求明細書等の単位数を表示します。

⑤「事由」
減点となった請求明細書等の減点の事由がアルファベット1文字の記号で表示されます。
記号の内容は、表の右下にある「事由記号の内容」を参照してください。

⑥「内容」
減点となった請求明細書等の減点内容が表示されます。
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)が表示されます。
給付管理票と明細書の単位数が異なるため居宅支援事業者等に連絡してください。

対応方法

事由A 確定された給付管理票にサービス事業所の事業所番号がもれている場合や、事業所番号が変更になっていて旧の事業所番号で提出している場合が考えられるため支援事業所に確認のうえ支援事業所に給付管理票の『修正』での提出を依頼する。

介護給付費明細書は再請求の必要なし。

事由B 確定した給付管理票の単位数とサービス事業所の請求単位数が相違の場合において、給付管理票の単位数が誤っている場合は支援事業所に給付管理票の『修正』での提出を依頼する。

介護給付費明細書は再請求の必要なし。

* **修正の給付管理票が確定した審査月に審査結果として「介護給付費再審査決定通知書」に表示します。**

介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ

〒 123-4567

大阪府〇〇市〇〇町 1-1-1

〇〇介護事業所

様

介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ

令和 2年 1月審査分の介護職員処遇改善加算等の加算総額は、右のとおりですので、お知らせいたします。

<お知らせの内容について>

- 1 このお知らせには、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の額（加算の単位数×単位数単価）を記載しています。
- 2 都道府県等へ年間の介護職員処遇改善等の実績を報告する際に、本帳票を参考にしてください。

事業所番号 2700000001

加算総額 12,150

事業所番号と加算総額（介護職員処遇改善加算総額と介護職員等特定処遇改善加算総額）を表示します。

令和 2年 2月 〇日
大阪府国民健康保険団体連合会

介護職員処遇改善加算等の加算総額

指定サービス等

介護職員処遇改善加算総額 5,230

介護職員等特定処遇改善加算総額 2,860

地域密着型サービス

介護職員処遇改善加算総額 0

介護職員等特定処遇改善加算総額 0

介護予防・日常生活支援総合事業サービス

介護職員処遇改善加算総額 2,460

介護職員等特定処遇改善加算総額 1,600

上記加算総額の「指定サービス等、地域密着型サービス、介護予防・日常生活支援総合事業サービス」別、「介護職員処遇改善加算総額、介護職員等特定処遇改善加算総額」別の内訳を表示します。

保険請求分に係る加算額のみを記載しており、査定された単位数（給付管理票修正、再審査を含む）は考慮しておりません。取下げ（過誤）については、加算額をマイナスで計上します。

介護職員処遇改善加算等内訳のお知らせ

国保連合会→事業所

介護職員処遇改善加算等内訳のお知らせ 令和2年1月審査分

事業所番号	270000001
事業所名	〇〇介護事業所

令和2年2月〇日
大阪府国民健康保険団体連合会

証記載 保険者番号	証記載保険者名	被保険者番号	被保険者名	サービス 提供年月	サービス種類 コード	サービス種類名	通常/ 過誤	加算 区分	サービス単位数	単位数 単価	加算額
270001	〇〇市	000000001	小林 知ゆ	2019/12	11	訪問介護	通常	処遇	123	10.00	1,230
270001	〇〇市	000000001	小林 知ゆ	2019/12	11	訪問介護	通常	特定	80	10.00	800
270001	〇〇市	000000002	小林 ハコ	2019/12	A1	訪問型みなし	通常	処遇	123	10.00	1,230
270001	〇〇市	000000002	小林 ハコ	2019/12	A1	訪問型みなし	通常	特定	80	10.00	800
270001	〇〇市	000000003	小林 ジョウ	2019/12	A2	訪問型独自	通常	処遇	123	10.00	1,230
270001	〇〇市	000000003	小林 ジョウ	2019/12	A2	訪問型独自	通常	特定	80	10.00	800
270002	△△市	000000004	林 知ゆ	2019/09	11	訪問介護	通常	特定	80	10.00	-1,200
270002	△△市	000000004	林 知ゆ	2019/09	11	訪問介護	通常	特定	80	10.00	1,230
270002	△△市	000000004	林 知ゆ	2019/12	11	訪問介護	通常	特定	80	10.00	1,230
270002	△△市	000000004	林 知ゆ	2019/12	11	訪問介護	通常	特定	80	10.00	800
270002	△△市	000000005	林 ジョウ	2019/12	11	訪問介護	通常	処遇	137	10.00	1,370
270002	△△市	000000005	林 ジョウ	2019/12	11	訪問介護	通常	特定	63	10.00	630
270003	□□市	000000006	林 知ゆ	2019/11	11	訪問介護	過誤	処遇	-137	10.00	-1,370
270003	□□市	000000006	林 知ゆ	2019/11	11	訪問介護	過誤	特定	-63	10.00	-630
270003	□□市	000000007	林 知ゆ	2019/11	11	訪問介護	通常	処遇	274	10.00	2,740
270003	□□市	000000007	林 知ゆ	2019/11	11	訪問介護	通常	特定	126	10.00	1,260
小計					11	訪問介護		処遇			5,230
					11	訪問介護		特定			2,860
					A1	訪問型みなし		処遇			1,230
					A1	訪問型みなし		特定			800
					A2	訪問型独自		処遇			1,230
					A2	訪問型独自		特定			800
合計											12,150

審査月ではなくサービス提供年月日で表示
月遅れ分も同じ用紙に出力します。

サービス種類毎に表示
1人の利用者で対象サービスが
2つある場合は2行で表示します。

サービス種類ごとに、介護職員処遇改善加算・介護職員等
特定処遇改善加算の加算額を小計として表示します。

※加算区分の「処遇」には、「介護職員処遇改善加算Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ」が含まれる。
※加算区分の「特定」には、「介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ、Ⅱ」が含まれる。

請求明細書・給付管理票返戻(保留)一覧表

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 2770000000

令和 2年 1月審査分

令和2年2月0日

事業所(保険者)名 □□介護事業所

1 頁

大阪府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	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
271007 大阪市	000000001 *	請	令和1年 12月	11		1,000	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
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

※ 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
 ※ 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所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。

請求明細書・給付管理票返戻(保留)一覧表の見方について

各事業所から請求のあった「介護給付費明細書」、「介護予防・日常生活支援総合事業費明細書」及び「給付管理票」について、審査を行いエラーとなったものを返戻(保留)とします。

この一覧表は、この返戻(保留)となった「介護給付費明細書等」及び「給付管理票」等を各事業所へ通知するために作成します。

主な審査内容は、次のとおりです。

- (1) 必要箇所への入力(記入)漏れ、入力(記入)誤りがあるもの。
- (2) 介護給付費明細書等の請求額に計算誤りがあるもの。
- (3) 該当被保険者の資格に関する情報(受給者台帳)、該当事業所の届出情報(事業所台帳)と突合して、一致しなかったもの。
- (4) 介護給付費明細書等や給付管理票を重複して請求したもの、また、登録されていない給付管理票に対して「修正」の給付管理票が出されたもの。
- (5) その他、審査でエラーとなったもの。

各項目の説明 (前ページの①～⑨に対応しています。)



①「被保険者番号・被保険者氏名」

介護給付費明細書等に入力(記入)された「保険者番号」・「被保険者番号」と保険者が本会へ登録している“受給者台帳”とを突合し、“受給者台帳”に登録されている「被保険者氏名」を表示します。

そのため、「保険者番号」・「被保険者番号」のどちらかでも(両方でも)入力(記入)誤りがあると、別の「被保険者氏名」が表示される場合があります。

また、“受給者台帳”に登録が無い場合は表示されません。再請求の場合は、「保険者番号」・「被保険者番号」を確認して提出してください。

②「種別」

請求種別を表示します。

・介護給付

「請」… 請求明細書(サービス計画費・介護予防ケアマネジメント費を除く)

「サ」… サービス計画費(ケアプラン料)

「給」… 給付管理票

「ケ」… 介護予防ケアマネジメント費

返戻(保留)になっているものがどの種別かを必ず確認し、再提出(再提出の必要があるもの)してください。

③「サービス提供年月」

サービス提供年月を表示します。

請求年月ではありませんので、前月に保留となった介護給付費明細書等が返戻となりこの帳票に表示される場合があります。

④「サービス種類」

サービス種類をコードで表示します。

介護給付費明細書等及び給付管理票に複数のサービスがあり、全てのサービスに該当するエラーがある場合は、全サービスコード分を表示します。

また、その中の一部のサービスコード分のみがエラーとなった場合は、エラーとなったサービスコード分のみ表示します。ただし、一部のサービスコード分の返戻しか表示されていなくても、介護給付費明細書等及び給付管理票は1件全部の返戻となります。

⑤「サービス項目等」

サービス項目等を表示します。

返戻となった介護給付費明細書等のうち明細情報と特定入所者介護サービス費情報のエラーにはサービス項目コード、特定診療費情報のエラーには識別番号を表示します。

⑥「単位数(特定入所者介護費等)」

単位数または特定入所者介護費等を表示します。

介護給付費明細書等・給付管理票に複数のサービスがあり、全てのサービスに該当するエラーがある場合は、全サービスコード分の単位数を表示します。その中の一部のサービスコード分のみがエラーとなった場合は、エラーとなったサービスコード分の単位数のみの表示とします。

また、特定入所者介護費等については、単位数ではなく、「費用額合計」を表示します。

⑦「事由」

返戻(または保留)となった事由をアルファベット1文字で表示します。

「A」…介護給付費明細書等の必須項目に対する入力(記入)誤り、入力(記入)漏れなどの審査処理で一次チェックエラーとなったもの。

「B」…国保連合会の審査システムに保険者が登録する“受給者台帳”や都道府県等が登録する“事業所台帳”と介護給付費明細書等を突合し、不一致のためエラーとなったもの。

また、当月以前に請求又は登録のあった介護給付費明細書等や給付管理票に対して、再度請求または登録しようとしてエラーとなったもの。

登録の無い給付管理票に対して修正をしようとしてエラーとなったもの等、審査処理で資格チェックエラーとなったもの。



「C」…介護給付費明細書等(サービス計画費を除く)に対する給付管理票との突合不一致のもの。

この場合、一覧表の備考欄に「保留」のものと「返戻」となるものがあります。

「D」…介護給付費明細書(サービス計画費)に対する給付管理票との突合不一致のもの。

「E」…介護給付費審査委員会で返戻となったもの。

⑧「内 容」

返戻(または保留)となった原因の項目とコメントを表示します。

この欄を参照して介護給付費明細書等の修正を行い、再請求するべきものについては再提出してください。

⑨「備 考」

介護給付費明細書等が返戻となった原因を4文字のコード(アルファベットと数字の組合せ)で表示します。

4文字のコード又は「返戻」が表示されている場合は返戻です。

「保留」が表示されている場合の原因と対応については、次ページの「**保留と返戻**」を参照ください。



保留と返戻

保留とは、当月審査において介護給付費明細書等の請求があり、居宅(予防)介護支援事業所または保険者(自己作成)から給付管理票の提出がなかった場合や、提出された給付管理票が返戻となった場合、審査処理で給付管理票が介護給付費明細書等と突合出来なかった場合に、介護給付費明細書等の支払を行わず請求データを国保連合会にて保留することをいいます。

- ① 月初めに国保連合会がお送りする「請求明細書・給付管理票返戻(保留)一覧表」の内容欄に「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」、備考欄に“保留”と記載します。
- ② “保留”と表示がある介護給付費明細書等は、国保連合会でその請求情報を保有していますので、再提出は不要です。居宅介護支援事業所または、保険者(自己作成)へ給付管理票(新規)の提出依頼をしてください。
- ③ 請求情報の保留期間は1ヶ月です。翌月に給付管理票の提出がない場合、または提出した給付管理票が返戻になった場合は、保留されていた介護給付費明細書等も返戻扱いとなり、「請求明細書・給付管理票返戻(保留)一覧表」には「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」、備考欄は“返戻”となります。この場合、翌月に給付管理票及び介護給付費明細書等の再提出が必要となります。
- ④ 給付管理票の提出により審査が正当となった場合は保留復活となり、「介護保険審査決定増減表」の保留復活分欄に件数及び単位数等が記載されます。
- ⑤ 保留期間中に、過誤申出及び再請求をすることはできません。

※ サービス計画費及び他都道府県利用者の請求は、返戻となります。

※ サービス提供体制(強化)加算等<<限度額管理対象外(処遇改善加算除く)>>を含む請求については、給付管理票の計画単位数を超えた場合、返戻となります。

3 過誤の取扱い



コッポちゃん

大阪府国民健康保険団体連合会

3 過誤の取扱い

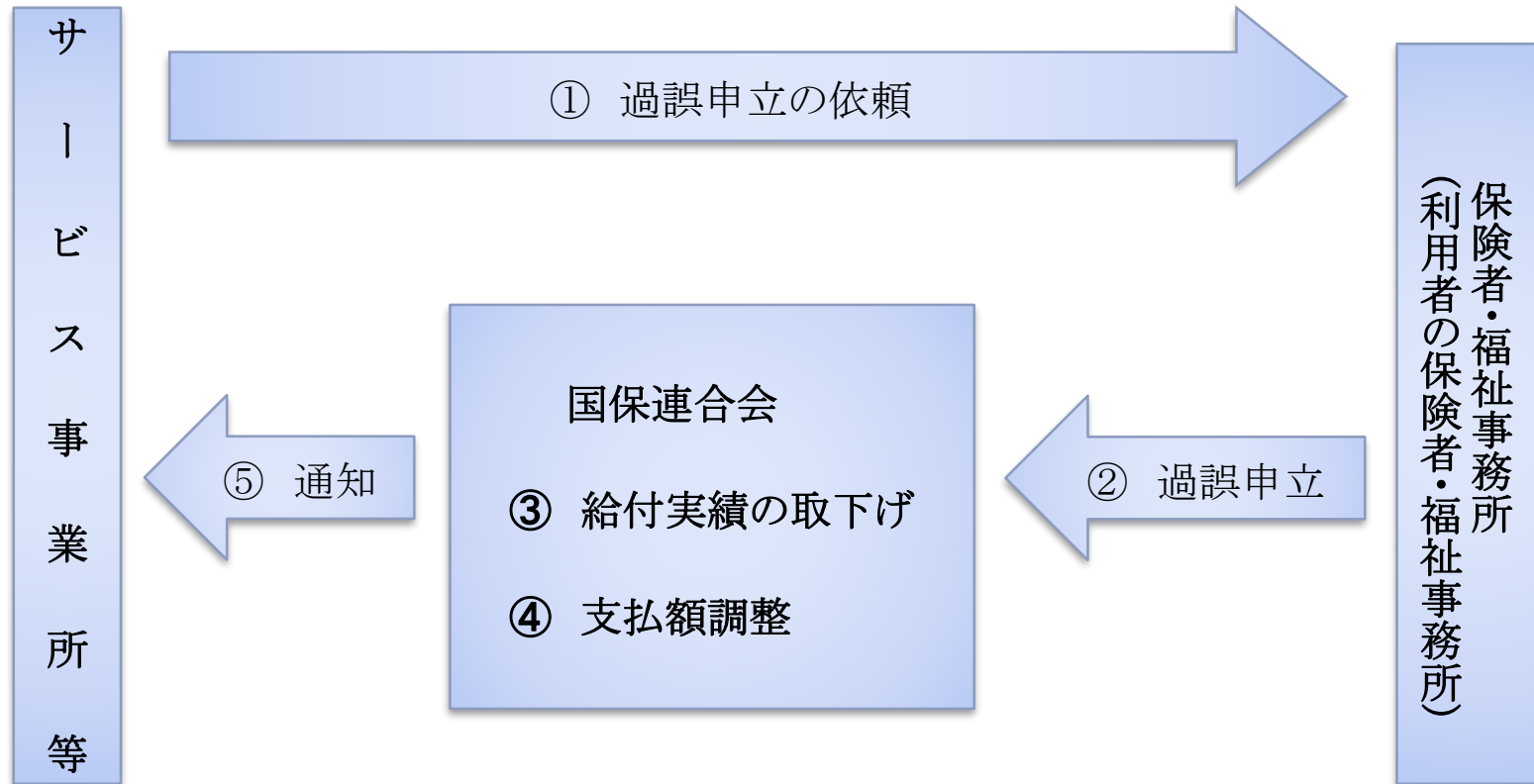
審査決定済みの請求について請求誤りがあった場合、給付実績の取り下げを行い、再請求を行うことで、請求を正しくすることができます。

(1) 事務処理の概要

- ① サービス事業所は、利用者の保険者または福祉事務所に過誤申立の依頼をしてください。
- ② 保険者及び、福祉事務所(以下「保険者等」という。)は「過誤申立書」を国保連合会に提出します。
- ③ 国保連合会は、提出された「過誤申立書」に基づき、当該給付実績の取下げ処理を実施します。
- ④ 審査支払の通常分(当月請求分)から支払額を調整します。
- ⑤ 調整結果を「介護給付費過誤決定通知書」で通知します。



過誤申立の流れ



(2) 過誤の種類

① 同月過誤

過誤処理と同一月に再請求を行い、過誤処理によるマイナス額と再請求によるプラス額との差額調整を行い、支払額を決定します。

※注意点(同月過誤)

- ・同月過誤取下げの申立の場合は、保険者等に必ず《同月過誤取下げ》の旨を申し出てください。
- ・過誤処理月より早く再請求されますと重複請求となり返戻になりますので、再請求可能な月を保険者で確認してください。
- ・過誤処理月に再請求がない場合、通常過誤と同様に給付実績の取下げ処理のみになるため、支払決定額が過払いになった場合は、返納依頼をさせていただくことになります。
- ・取り扱い及び、締め切り日等につきましては、保険者等にお問い合わせください。

② 通常過誤

給付実績の取下げ処理のみ行い、過誤決定通知書確認後に再請求を行います。



【注意】同月過誤又は通常過誤の処理と給付管理票の修正は、同じ審査月にできません。

単位数の増減により給付管理票修正と過誤申立(同月・通常とも)の提出の順番が異なりますので下記の表をご参照下さい。

・給付管理票(修正)と請求明細書(過誤申立)の提出のタイミング

請求単位数	給付管理票(支援事業所)	請求明細書(サービス事業所)	提出のタイミングにより起こるエラー内容
増える場合	請求明細書(過誤申立)より先に給付管理票を修正して提出する。	給付管理票の修正完了月の翌月以降に、請求明細書の過誤申立をする。	給付管理票の修正より先に請求明細書を過誤申立し再請求した場合、「返戻 査定でエラーのあるもの」となり請求明細書が返戻になります。
減る場合	請求明細書(過誤申立)より後に給付管理票を修正して提出する。	給付管理票の修正より前に、請求明細書の過誤申立をする。	請求明細書の過誤申立より先に給付管理票の修正をした場合、「ASSB 査定後の請求額が計算できません。」となり給付管理票が返戻になります。

(3) 過誤申立書について

過誤申立書の様式等につきましては、各保険者・福祉事務所等にご確認をお願いします。

例) ①介護給付費過誤申立書

②介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

※過誤申立の様式番号と申立事由番号については連合会ホームページに掲載しております。

介護給付費過誤決定通知書

介護給付費過誤決定通知書 (令和 2年 1月取扱分)

過誤申立てについては、下記のとおり決定しましたので通知します。

令和2年2月〇日

1頁

大阪府国民健康保険団体連合会

事業所番号	事業所名
2700000001	×××事業所

証記載保険者番号 証記載保険者名	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	単位数 (特定入所者介護費等)	保険者負担額 (公費負担額)	備考
270000 〇〇〇市	* 0000000001	R1.10	福祉施設	福祉施設明細 請求誤り	-12,480	-116,812	1行目に本体サービス、 2行目に特定入所者介護 サービス費が表示されます。
270000 〇〇〇市	* 0000000001	R1.10	特定入所	福祉施設明細 請求誤り	-24,960	-14,820	
270000 〇〇〇市	* 0000000002	R1.10	福祉施設	福祉施設明細 請求誤り	-12,480	-116,812	様式ごとに、特定入所者 介護サービス費のサービス 種類コードが表示されます。
270000 〇〇〇市	* 0000000002	R1.10	特定入所	福祉施設明細 請求誤り	-24,960	-14,820	
270000 〇〇〇市	* 0000000003	R1.10	短期生活	短期入所明細 請求誤り	-20,400	-191,355	特定入所者介護サービス費は「特 定入所者介護費等」欄の件数、単 位数(費用額)、保険者負担額の 項目に計上されます。
270000 〇〇〇市	* 0000000003	R1.10	特定入所	短期入所明細 請求誤り	-23,100	-17,600	
270000 〇〇〇市	* 0000000003	R1.10	福祉施設	福祉施設明細 請求誤り	-28,830	-269,848	申立事由コードにもとづき過誤申立事由 が表示されます。
270000 〇〇〇市	* 0000000003	R1.10	特定入所	福祉施設明細 請求誤り	-42,000	-32,000	

合計	件数	単位数※1 (費用額)	保険者負担額
介護給付費	-4	-74,190	-694,827
特定入所者介護費等	-4	-115,020	-79,240

※1 特定入所者介護費サービス費等の場合は金額が印字される

4 給付管理票情報の 誤りを修正する場合



コッポちゃん

大阪府国民健康保険団体連合会

4 給付管理票情報の誤りを修正する場合

サービス事業所が「介護保険審査増減点通知書」で給付管理票情報に誤りを発見した場合、または居宅(予防)支援事業所が給付管理票情報に誤りを発見した場合に、給付管理票の修正を行うことができます。

給付管理票情報を作成した居宅(予防)支援事業所または、保険者(自己作成)が、給付管理票(修正)情報を国保連合会に提出することにより再審査が行われ支払額が調整されます。

事務処理の概要

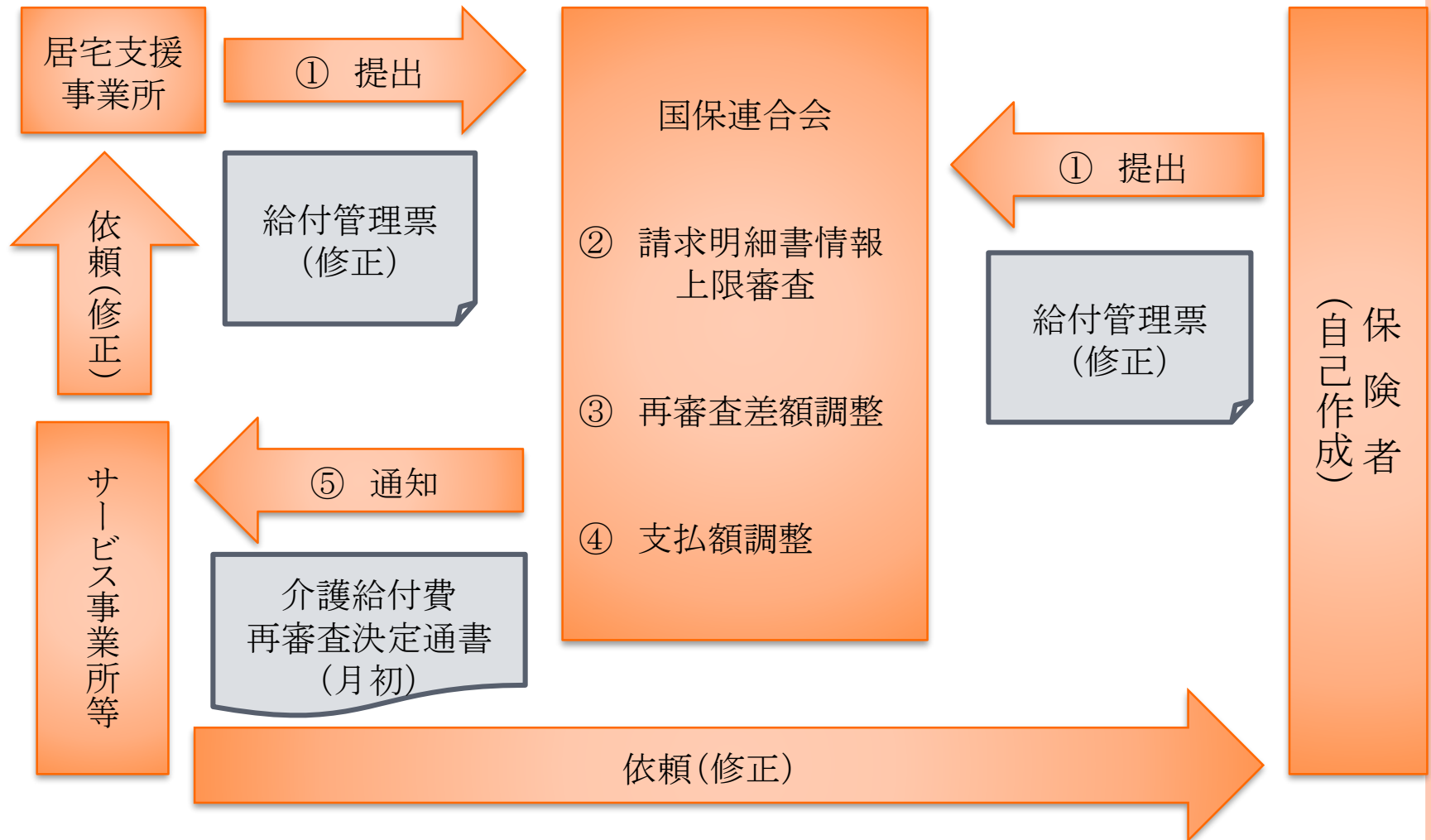
- ① 居宅(予防)介護支援事業所または保険者(自己作成)は給付管理票 **(2修正)**を国保連合会に提出します。

[注] 給付管理票の修正を国保連合会に提出する場合、修正箇所だけではなく、すべての正しいサービス内容を作成のうえ再提出してください。

- ② 国保連合会は給付管理票の修正情報に基づき、支払済介護給付費明細書情報の上限審査等を再度行います。
- ③ 上限審査等の結果に基づいて介護給付費の算定を行い、支払済分との差額を調整します。(再審査差額調整)
- ④ 審査支払の通常分(当月請求分)から支払額を調整します。
- ⑤ 調整結果を「介護給付費再審査決定通知書」で通知します。

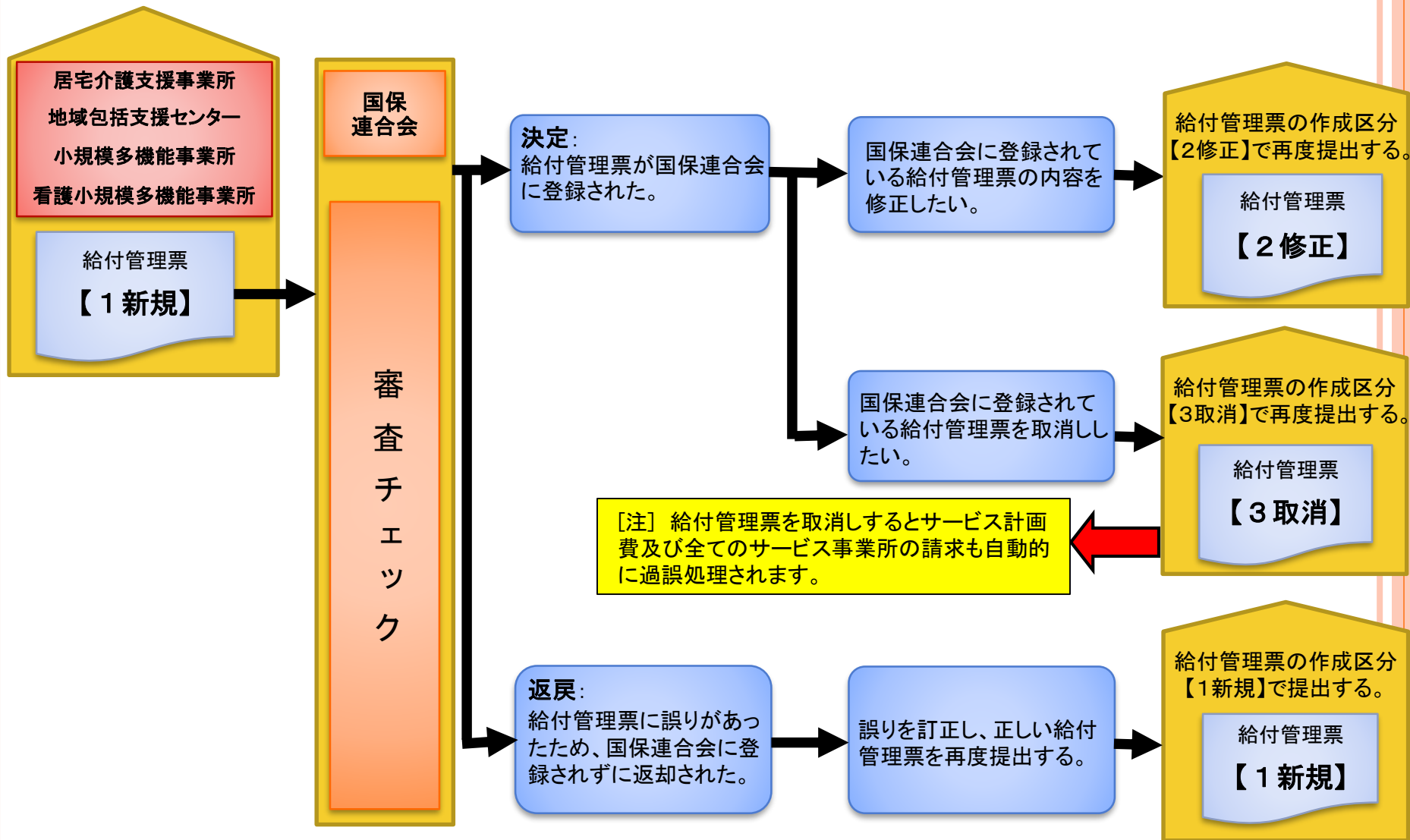


給付管理票修正の流れ



給付管理票の作成区分 「1 新規」・「2 修正」・「3 取消」

給付管理票の作成区分には「1 新規」、「2 修正」、「3 取消」の3つの区分があります。それぞれの区分の取扱いは以下のとおりです。



介護給付費再審査決定通知書

介護給付費再審査決定通知書（令和 2年 1月取扱分）

令和 2年 2月〇日
1頁

事業所番号	事業所名
270000001	×××事業所

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。

大阪府国民健康保険団体連合会
大阪府国民健康保険団体連合会審査委員会

証記載保険者番号 証記載保険者名	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	再審査 申立事由	再審査 結果コード	当初請求単数		申立単数	決定単数	調整単数	保険者負担額	備考
						原審単数	再審単数					
00270000 ××市	0000000001 *	R1.10	訪問介護	給付管理票 実績修正		3,000			3,000	3,000	27,000	
00270000 ××市	0000000002 *	R1.10	通所介護	給付管理票 実績修正		4,500			4,500	1,000	9,000	
						3,500						

「当初請求単数」「原審単数」「決定単数」「調整単数」「保険者負担額」

- ・当初請求単数は、実際に請求された単位数を表示します。
- ・原審単数は、請求時に審査決定された単位数を表示します。
- ・決定単数は、申立単数に対し再審査決定後の単位数を表示します。
- ・調整単数は、原審単数に対する決定単数の差を表示します。
- ・保険者負担額は、調整単数×給付率となり支払報酬から調整される額を表示します。

再審査申立事由

「給付管理票実績修正」とは、『介護保険審査増減単位数通知書』において事由が(A)または(B)であった場合、支援事業所が給付管理票を(修正)で提出して介護給付費明細書の実績が修正されたときに記載します。

合計	介護給付費 高額介護サービス費	再審査申立（請求）			再審査決定			調整		
		件数	単数	保険者負担額	件数	単数	保険者負担額	件数	単数	保険者負担額
		0	0	0	0	7,500	67,500	0	4,000	36,000

再審査結果コード
01:原審済1) 02:増(全部増)
03:減(全部減) 04:増(一部増)
05:減(一部減)

5 介護給付費等の請求及び 受領に関する届及び委任状・ 委任解除届記載例



コッポちゃん

大阪府国民健康保険団体連合会

介護給付費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

大阪府国民健康保険団体連合会

理事長 様

介護給付費等の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届け出いたします。

開設者	法人住所	
	法人名	
	役職	
	代表者名	

印鑑登録印 (法人印)

※みなし事業所(医科・歯科・調剤)で法人以外の方へ
開設者欄及び印鑑欄について、代表者名のみを記入し、届出されている印鑑の押
印をしてください。

事業所番号										郵便番号	-	
事業所所在地												
事業所名称												
TEL						FAX						
請求者名	※(開設者と同じ場合は、記入不要)											
振込先	金融機関 (名・コード)							銀行		信用金庫		
								信託銀行		信用組合		
	支店 (名・コード)									農協		
										本店		
	口座種別	1:普通 2:当座 9:その他										
	口座番号	※右詰めで記入										
カナ名義												
漢字名義												
届出理由(該当番号に○をつけてください。)										異動年月		
1	新設											
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更											
3	振込銀行及び口座番号の変更									令和 年 月 請求分		
4	その他()											
請求媒体	7. インターネット 2. 磁気(MO) 4. 磁気(FD・CD-R)											
インターネット請求で代理請求をご検討の方は、ありに○をお願いします。										あり		
担当者名						TEL						

鉛筆や消えるボールペンでのご記入は不可。



介護給付費等の請求及び受領に関する届

介護給付費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

大阪府国民健康保険団体連合会
理事長 様

介護給付費等の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届け出いたします。

開設者	法人住所	大阪市〇〇区〇〇町〇〇丁目〇-〇
	法人名	医療法人〇〇会
	役職	理事長
	代表者名	介護 太郎

印鑑登録印
(法人印)

大阪府または市町村に申請したとおりの法人住所・法人名・役職・代表者名を記入。

で法人以外の方へ
代表者名のみを記入し、届出されている印鑑の押印をし

印鑑登録されている印鑑を押印。※みなし事業所（医科・歯科・調剤）で法人以外の方も印鑑を押印。

事業所番号	2	7	×	×	×	×	×	×	×	×	郵便番号
事業所所在地	大阪市〇〇区〇〇町〇〇丁目〇-〇										
事業所名称	〇〇〇事業所										
TEL						FAX					

請求者名と受領者（振込先）が、開設者と異なる場合は、記入の上、委任状及び委任者の印鑑証明書（原本）の添付が必要です。
委任状の雛形は本会ホームページからダウンロードできます。

振込先口座名義に関しては、金融機関に届出された通帳名義を記入してください。
カナは、通帳表紙の裏面に記載のとおり記入してください。

請求者名		※(開設者と同じ場合は、記入不要)										
金融機関(コード)	0	1	2	3							銀行	信用金庫
	0	0	1							〇〇〇	信託銀行	信用組合
							〇〇〇〇			農本	協	店
種別	1:普通		2:当座		9:その他						支	
口座番号	0	0	0	5	6	7	8	※右詰めで記入				
カナ名義	イ)マルマルカイリジチヨウカイロウ											
漢字名義	医療法人〇〇会											
届出理由(該当番号に○をつけてください)										異動年月		
1	新設										令和 年 月 請求分	
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更											
3	振込銀行及び口座番号の変更											
4	その他(
請求媒体	7. インターネット		2. 磁気(MO)		4. 磁気(FD・CD-R)							
インターネット請求で代理請求をご検討の方は、ありに○をお願いします。											あり	
担当者名												

1:普通

銀行

カナ名義

漢字名義

該当する預金種別に○を入れる。

連合会へ請求書を提出する年月を記入。

あり

代理請求される場合、「あり」に○を入れ、請求する前月10日までに提出してください。

注 意

- ※ 訂正する場合は、訂正箇所にも二重線を引き、訂正印には「印鑑登録印」を押印してください。
- ※ 届出理由が新設以外でも、全ての項目の記載が必要です。
- ※ 事業所情報(住所・代表者など)が変更となる時、指定保険者への届を提出するとともに、本会へも「介護給付費等の請求及び受領に関する届」の提出が必要となります。(みなし指定につきましても、指定保険者及び本会に提出をお願いします。)
- ※ 提出期限は、毎月20日(必着)となります。なお、21日以降到着分は翌月処理となります。また、インターネット請求で「代理請求」をされる場合は、次月から代理請求を行うための登録が必要となりますので請求を行う前月10日(必着)となります。
- ※ 「介護給付費等の請求及び受領に関する届」は、専用用紙になります。(コピー不可)
- ※ 開設者欄の記入について、みなし事業所(医科・歯科・調剤)で法人以外の方は、代表者名のみ記入し、届出されている印鑑を押印してください。

記載項目

項目	記載内容
提出日	「介護給付費等の請求及び受領に関する届」を国保連合会に提出（送付）した日を記入する。
開設者 法人住所	事業所の開設者の法人住所を記入する。
開設者 法人名	事業所の法人名を記入する。
開設者 役職	代表者の役職の記入をする。
開設者 代表者名	事業所の開設者の代表者名を記入する。
印鑑登録印（法人印）欄	印鑑登録されている印鑑を押印をする。みなし事業所（医科・歯科・調剤）で法人以外の方も押印。
事業所番号	医科は 271、歯科は 273、薬局は 274 の後ろに保険医療機関（薬局）番号を記入する。
郵便番号	郵便番号を記入する。
事業所所在地	事業所所在地を記入する。
事業所名称	事業所の名称を記入する。
TEL	電話番号を記入する。
FAX	FAX番号を記入する。
請求者名（漢字）	請求者の名称（法人名・役職名・代表者名）を記入する。 開設者と同じ場合は記入不要。開設者と異なる場合には委任状が必要です。
振込先（金融機関コード）	介護給付費等を受領するための振込先金融機関をコードで記入する。
振込先（金融機関機関名）	振込先金融機関名称を記入し、該当する金融機関の種別を○で囲む。
支店名（支店コード）	介護給付費等を受領するための振込先金融機関の本支店をコードで記入する。
支店名	振込先金融機関の本支店名称を記入し、本支店の別を○で囲む。
口座番号（口座種別）	振込先金融機関口座に該当する種別を○で囲む。
口座番号	振込先金融機関の口座番号を右詰で記入する。
カナ名義	介護給付費等を受領する受領者（口座名義人）の名称をカナで記入する。 ※フリガナではございません。通帳の見開きに記載されているカナ名義を記入します。
漢字名義	介護給付費等を受領する受領者（口座名義人）の名称を記入する。 開設者と異なる場合には委任状が必要です。
届出理由	届出の理由に該当する番号を○で囲む。（複数選択可） ※「4：その他」を選択した場合はその内容も合わせて記入する。
異動年月	届出の内容が有効となる請求（提出）年月を記入する。 （令和2年1月からサービス開始の場合は、「令和2年2月請求分より」と記入）
請求媒体	介護給付費等の請求に使用する媒体に該当する番号を○で囲む。（複数選択不可）
代理請求欄	インターネット請求で代理請求をご検討されている方は、ありを○で囲む。
担当者名	この届に関しての担当者名を記入する。
TEL	担当者の電話番号を記入する。



委任状

介護給付費等の請求及び受領に関する

委任状

事業所 番号	27xxxxxxxx
-----------	------------

※医療機関で、みなし指定の場合
 医科：271
 歯科：273
 調剤：274 +医療機関コード

※開設者の住所・法人名・役職・
代表者名を記入してください。

大阪府国民健康保険団体連合会
理事長 様

+医療機関コード

法人住所 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
 委任者 法人名称 医療法人 〇〇会
 役職・代表者名 理事長 介護 太郎 印

※法務局で登録（印鑑登録）している法人印を押印してください。
 なお、委任者のみ印鑑証明書の提出も併せてお願いします。
 * 印鑑証明書は3か月以内かつ原本での提出をお願いします。

※委任状を作成した日を記入してください。

都合により下記の受任者をもって代理人と定め、

委任事項（1・2のいずれかを委任する場合、他

- 1 介護給付費等の請求に関すること。
- 2 介護給付費等の受領に関すること。

なお、本受任者の代理権消滅については、貴連合会に対し、委任者より本委任を解除する旨が記載された「委任解除届」が送達された日をもって受任者の代理権が消滅したものといたします。

令和 年 月 日

上記委任の件承諾いたしました。

※法人印若しくは施設長印等を押印
してください。

※請求者又は受領者（口座名義人）
の住所・氏名を記入してください。

受任者 住所 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
 医療法人〇〇会 〇〇事業所
 氏名 施設長 大阪 花子 印



委任解除届

介護給付費等の請求及び受領に関する

委任解除届

事業所番号 27xxxxxxxx

大阪府国民健康保険団体連合会
理事長様

※開設者の住所・法人名・役職・代表者名を記入してください。

委任者 法人住所 大阪市〇〇区〇〇町〇〇番〇号
法人名称 医療法人 〇〇会
役職・代表者名 理事長 介護 太郎 印

※法務局で登録（印鑑登録）している法人印を押印してください。
なお、委任者のみ印鑑証明書の提出も併せてお願いします。
* 印鑑証明書は3か月以内かつ原本での提出をお願いします。

私は、下記1の者（以下「代理人」という。）に対し、下記2の事項について、代理権授与の届をいたしておりましたが、このたび都合により令和 年 月 日付けをもって委任を解除し、代理人の代理権が消滅しましたのでお届けいたします。

※請求者又は受領者（口座名義人）の住所・氏名を記入してください。

記

※委任解除した日を記入してください。

1 受任者 住所 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
医療法人〇〇会 〇〇事業所
氏名 施設長 大阪 花子 印

※法人印若しくは施設長印等を押印してください。

- 2 1) 介護給付費等の請求に関すること。
2) 介護給付費等の受領に関すること。



6 お問い合わせ先等

大阪府国民健康保険団体連合会



コッポちゃん

— お問い合わせ先等 —

問合せ内容に応じて、以下の担当にご連絡ください。

☞ 請求及び受領に関する届、代理請求、ID・パスワード再発行等、国保連合会への申請に関するお問合せ。返戻や支払に関するお問合せ。

大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室 介護保険課

電 話 06-6949-5244・5247・5446

F A X 06-6949-5417

* 大阪府国民健康保険団体連合会ホームページ <http://www.osakakokuhoren.jp/>

(各種申請様式を掲載しています。)

☞ 電子請求受付システム、簡易入力システム、電子証明書等、システムに関するお問合せ。

国民健康保険中央会 電子請求ヘルプデスク

電 話 0570-059-402

F A X 0570-059-422

◆受付時間◆

請求期間(毎月1～10日)の受付時間

平 日 10:00～19:00

土曜日 10:00～17:00

※ 請求期間中に受付を行う詳細な日時については、「お知らせ」をご参照ください。

請求期間以外(毎月11日～月末)

平日 10:00～17:00

※ 土・日・祝日の受付は行いません。

※ 回答をスムーズに行うために、お問合せの際は、事前に問合せ票の内容をご確認の上、お問合せいただきますようお願いいたします。

