

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 ービス費を表示。
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 種類コードを表示。
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	} 申立事由コードにもとづき過誤申立事 由が表示される。
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	} 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。
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