

# 介護給付費の請求及び受領に関する届

～記載要領～

新規届用

兵庫県国民健康保険団体連合会  
介護保険課

## 記載要領

### ① 開設者の住所・氏名・印

- ・申請（開設）者として県（市町）に申請し指定された住所（主たる事務所の所在地）・名称・代表者名を記入し、申請の際に使用された印鑑を押印してください。

### ② 事業所番号

- ・県（市町）の指定時に付番された事業所番号をご記入ください。

### ③ 法人種別

- ・県（市町）への申請内容と同様のものをご記入ください。
- ・種別については、以下のとおりです。

|                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| 01. 社会福祉法人（社協以外）    | 09. その他法人                |
| 02. 社会福祉法人（社協）      | 10. 地方公共団体（都道府県）         |
| 03. 医療法人            | 11. 地方公共団体（市町村）          |
| 04. 民法法人（社団・財団）     | 12. 地方公共団体（広域連合・一部事務組合等） |
| 05. 営利法人（株式会社・有限会社） |                          |
| 06. 非営利法人           | 13. 非法人                  |
| 07. 農協              | 99. その他（個人の診療所等）         |
| 08. 生協              |                          |

### ④ 事業所名称及びフリガナ

- ・事業所名称は、県（市町）へ申請し指定された正式名称をご記入ください。（一字でも異ならないようご注意ください。）
- ・事業所名称のフリガナは、カタカナでご記入ください。

### ⑤ 郵便番号・所在地及びフリガナ

- ・所在地は、県（市町）へ申請し指定された事業所の所在地をご記入ください。
- ・所在地のフリガナは、カタカナでご記入ください。

### ⑥ 請求者及びフリガナ

- ・請求者の名称及びそのフリガナ（カタカナ）をご記入ください。
- ・開設者と請求者が異なる人の場合は、別途「委任状」の提出が必要となります。

### ⑦ TEL・FAX

- ・事業所の電話番号・FAX番号をご記入ください。

### ⑧ 振込先金融機関・支店・口座種別・口座番号・受領者（口座名義人）

- ・国保連合会から振り込まれる介護給付費の振込先金融機関名・金融機関コードをご記入ください。金融機関コードは分かる範囲で構いませんが、金融機関名は必ずご記入ください。
- ・支店コード・支店名をご記入ください。（支店コードは、通帳に記載されております。）
- ・口座種別は、「1：普通」、「2：当座」、「9：その他」のいずれかに必ず○をしてください。（「9：その他」の場合は、備考欄に詳しい種別をご記入ください。）
- ・口座番号は、右詰で7桁の数字をご記入ください。銀行により6桁の番号の場合は、先頭に「0」を入れてご記入ください。

例) 金融機関コード及び名称    0009    三井住友銀行

支店コード及び名称    410    三宮支店

口座種別    普通

口座番号    0654321（先頭に0を入れてください）

- ・受領者（口座名義人）及びフリガナは、通帳の記載どおりにご記入ください。
- ・開設者と受領者（口座名義人）が異なる場合は、別途「委任状」の提出が必要となります。

### ⑨ 届出理由

- ・初めて介護の事業所として指定事業所番号を付番された場合、または事業所番号が変更になり、新たに事業所番号の付番がある場合は、「1：新設」に○をしてください。

## ⑩ 異動年月

- 異動年月は、介護給付費の請求明細の提出月（審査月）です。（サービス提供月の翌月が請求月）

例) 平成24年4月1日指定事業所で、翌月に平成24年4月サービス分を請求する場合。

⇒異動年月は、「平成24年5月請求分より」となります。

## ⑪ 旧事業所番号

- 所在地や法人種別の変更等により、新たに事業所番号が付番された場合は、この欄に前の事業所番号をご記入ください。

## ⑫ 請求媒体

- 請求媒体は、事業所が国保連合会に請求明細書データをどのような形で提出するか○をしてください。介護保険では、やむを得ない場合を除き原則として、伝送・磁気媒体による請求を省令上定められています。

接続先電話番号

- 「1. 伝送（ - - ）」は、事業所保有のパソコンから介護給付費請求用のソフト等を使用して作成された請求情報を、電話回線を通じて国保連合会に送信する請求方法です。その際に、事業所で使用されるISDN回線の接続先電話番号を必ずご記入ください。ISDN回線以外での伝送による請求はできません。
- 「2. 磁気 (MO)」、「3. 磁気 (MT)」、「4. 磁気 (FD、CD-R)」は、光ディスク、磁気テープ、フレキシブルディスクに、介護給付費のソフト等を使用して作成された請求情報を記録し、その磁気媒体を国保連合会宛に送付または直接持参する提出方法です。該当する磁気媒体いずれかに○をしてください。
- 「5. 帳票」は、紙の請求関連帳票を国保連合会宛に送付または直接持参する提出方法です。
- 「5. 帳票」以外を選択した場合は、別紙「電子情報処理組織又は磁気テープ、フレキシブルディスク若しくは光ディスクによる請求に関する届」の提出が必要となります。
- 伝送で請求を行う事業所において、初回請求分（指定月翌月の請求）は伝送以外の媒

体による請求になりますが、伝送の接続先電話番号が決定していれば初回提出分より「1:伝送」に○をしてご提出ください。（注意事項参照）

## 磁気媒体の貼付ラベルの記載事項

【MO・FD用貼付ラベル】

|              |    |    |   |
|--------------|----|----|---|
| (MS-DOS/CSV) |    |    |   |
| 事業所番号        |    |    |   |
| 事業所名称        |    |    |   |
| サービス提供年月     | 年  | 月  | 分 |
| 提出年月日        | 年  | 月  | 日 |
| 媒体枚数         | 枚中 | 枚目 |   |
| (提出先)        |    |    |   |
| 兵庫県国保連       |    |    |   |

※CD-Rのレーベル面にはシール等を貼付せず、フェルトペンで下記項目を記載してください。

|         |        |    |   |
|---------|--------|----|---|
| 事業所番号   |        |    |   |
| 事業所名称   |        |    |   |
| サービス提供月 | 年      | 月  | 分 |
| 提出年月日   | 年      | 月  | 日 |
| 媒体枚数    | 枚中     | 枚目 |   |
| 提出先     | 兵庫県国保連 |    |   |

## 注 意 事 項

### \* 伝送に係るID・パスワードの発行について

・兵庫県から事業所情報が国保連合会のシステムに登録された後(指定月の翌月に登録)にID・パスワードの発行処理が可能となります。そのため、早くても指定月翌月の月末にID・パスワードの発行となり、指定月翌月の請求には間に合わず、その請求については伝送以外の媒体での請求となります。

### \* 委任状について

・開設者が本人以外の者に請求や振込先金融機関の口座の受領(口座名義人)を指定した場合には、別途「委任状」の提出が必要となります。「介護給付費の請求及び受領に関する届」の提出の際に併せてご提出ください。  
様式及び記載要領については、国保連合会にお問い合わせください。

### \* 提出について

- ・この届は、1つの事業所番号で1枚の提出となります。  
1事業所で複数のサービスを行っている場合でも、事業所番号が1つの場合は届出提出枚数も1枚になります。  
また、1事業所で複数のサービスを行い、事業所番号もサービス毎に異なる番号を指定されている場合は、事業所番号毎にそれぞれ提出が必要となります。
- ・県(市町)への申請内容(開設者あるいは所在地等)に変更等が生じた場合は、お近くの県民局(保険者指定の事業所の場合は市町)へ届出してください。その後、国保連合会より変更届を送付します。
- ・振込先あるいは請求方法等に変更が生じた場合は、国保連合会へ直接ご連絡ください。

## ◇お知らせ◇

\* 毎月の介護給付費請求の提出は、**10日必着**となっております。  
10日が土・日・祝日の場合は、**10日に限り**受け付けしております。  
受付時間は、8:45から17:15までです。

例1) 9日(土)、10日(日)の場合

9日⇒閉庁 10日⇒開庁(受付)

例2) 8日(土)、9日(日)、10日(月祝日)の場合

8日・9日⇒閉庁 10日⇒開庁(受付)

\* 介護給付費の支払いは、介護給付費の請求明細書提出月の翌月27日となります。

### 届出に関するお問合せ先又は送付先

〒650-0021

神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号

兵庫県国民健康保険団体連合会

介護保険課 審査支払係

TEL 078-332-5618

FAX 078-332-9520