

介護給付費等の請求及び受領に関する届

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日提出

兵庫県国民健康保険団体連合会理事長 様

記入例

開設者 住 所 ○○市××町□□通1丁目23-456号
 法人名 社会福祉法人□□会
 代表者職・氏名 理事長 ○×○ □◇□

1

印

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

事業所 番号	② 877654321		
法人 種別	社③ 祉法人(社協以外)		
フリガナ	ヒシヒシジギョウシヨ	郵便 番号	000-0000
(請求先) 事業所 名称	④ 事業所	TEL	999-9999-9999
		FAX	999-9999-0000
フリガナ	マルマルシバツバツチョウカクカドオリ 1 チョウメ 23-456 ゴウ	振込先	9 9 9 9 ●●●
所在地	⑤ ○○市××町□□通1丁目23-456号	支店名	9 9 9 ●●● 本 店 支
		口座 番号	⑧ 1:普通 2:当座 9:その他 9 9 9 9 9 9 9
フリガナ	シャカイフクシホウジンカクカクカイヒシヒシジギョウシヨ リジチョウ マルバツマル カクヒシカク	※フリガナ	フ ク) シ カ ク シ カ ク カ イ
請求者	社⑥ 会 理 事 長 ○×○ □◇□	(口座名義人) 受領者	社会福祉法人□□会
届出理由(該当番号に○をつけてください。)		異動年月(国保連合会への請求月)	旧事業所番号(みなし事業所の場合)
①	新設	平成○○年○○月請求分より (平成○○年○○月支払分)より	⑪
②	請求者及び受領者(口座名義)の変更		※摘要
③	請求方法の変更		
④	振込銀行及び口座番号の変更		
⑤	その他()		
請求 媒体	⑦. 伝送(インターネット) ⑫ 2. 磁気(MO) 4. 磁気(FD・CD-R) 5. 帳票		
返却 形式	1. CSV形式		
Eメール			
備考			

※フリガナ(口座名義人)について、介護給付費を受領する受領者を、銀行への届出どおり(スペースがある場合は一文字空白をあける)記入してください。

振込先金融機関口座の名義人・開設者以外の管理者等でもかまいませんが、「開設者」と「受領者」が異なる場合には振込口座確認書が必要となりますのでお問い合わせください。

※「介護給付費等の請求及び受領に関する届」は、介護報酬の請求確認及び支払事務に使用いたします。

介護給付費等の請求及び受領に関する届

～記載要領及び記入例～

兵庫県国民健康保険団体連合会
介護福祉課

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・代表者の職・氏名を記入し、印鑑（印鑑登録されたもの）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（10桁）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。（指定の通知書を確認し、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。

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。金融機関コードが不明な場合、記入は必要ありませんが、金融機関名は必ずご記入ください。

なお、口座情報が確認できる通帳の表紙および見開きの写し（コピー）を添付して下さい。

- 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。6桁以下の場合、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		<u>0654321</u> （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、必ず通帳の記載どおりにご記入ください。

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開始月（審査月）です。（サービス提供月の翌月が請求月）口座変更を行う場合は、変更となる支払月もカッコ内に記載してく

ださい。口座変更の場合は、変更月の前月の20日までに提出してください。

例)平成30年4月1日指定事業所で、翌月に平成30年4月サービス分を請求する場合。

⇒異動年月は、「平成30年5月請求分より」となります。

例)平成30年7月27日の支払い分から口座が変更になる場合。

⇒異動年月は、「平成30年6月請求分より(平成30年7月支払い分から)」となります。

⑪ 旧事業所番号 (みなし事業所の場合)

- 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必ずご記入ください。

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、インターネット(伝送)または、光ディスクによる請求が省令上定められています。
- 「2. 磁気(MO)」、「4. 磁気(FD、CD-R)」は、光ディスク、フレキシブルディスクに、介護給付費等のソフト等を使用して作成された請求情報を記録し、その光ディスク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。該当する光ディスクいずれかに○をしてください。
- 光ディスク等による請求データ(CSVファイル)を格納するときは、フォルダに納めず、ファイルを直接光ディスク等に記録(格納)してください。
- 「7. インターネット」による請求を行う場合は、別途、電子証明書の発行手続きが必要です。本届提出後に本会から郵送される書類をご覧ください。
- インターネットまたは光ディスク等による請求を行う場合は、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。
- インターネット(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)はインターネット請求の環境が整わない場合、光ディスクで請求してください。

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		

※ パソコンの不具合等でやむを得ず帳票で請求する場合、請求省令附則第4条による免除届出書の提出が必要です（本会HPからダウンロードしてください）。

<請求省令附則第4条より>

次の事由に該当する旨を、あらかじめ審査支払機関に届け出たもの

- ① 電気通信回線設備の機能に障害が生じた事業者（障害が生じている間に行う請求に限る）
 - ② 電子計算機の販売又はリース事業者との間で契約を締結していて、請求までにシステム等の導入が完了していない事業者（作業等が完了するまでの請求に限る）
 - ③ 事業所が改築中または臨時の事業所である場合、その改築中または臨時の事業所で事業をしている間の事業者（改装中等の事業所で事業を行っている間の請求に限る）
 - ④ 廃止又は休止に関する計画を定めている場合（廃止又は休止するまでの間に行う請求に限る）
 - ⑤ その他、伝送・磁気媒体による請求が特に困難な事情がある事業者（当該請求に限る）
- ・（介護予防）居宅療養管理指導及び（介護予防）福祉用具貸与の事業所は本会ホームページに掲載している介護電子媒体化ソフトをダウンロードしてお使いいただけます。
 - ・「返却方式」、「Eメール備考」欄は記載不要です。

注 意 事 項

* インターネット請求に係るID・パスワードの発行について

- ・インターネットで請求を行う場合は、別途「電子証明書」の取得が必要です。本届出提出後に本会から郵送される電子請求受付システムのID・パスワードの同封資料をご確認下さい。届での提出から請求できるまで概ねひと月かかります。
- ・請求業務を業者に代行してもらう場合は、ID・パスワードを入手した後の電子証明書の発行等の手続きについては、該当業者へ問い合わせてください。

* 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、所管の県民局・市町へ届出してください。開設者にかかる変更の場合は国保連合会より変更届を送付します。それ以外の変更については、本会ホームページから用紙をダウンロードしてご郵送願います。変更にかかる届け出が必要な事項は次のとおりです。

・法人情報（名称、代表者、所在地）	・事業所情報（名称、所在地）
・振込口座情報	・請求方法

- ・振込先を変更する場合は、支払月の前月の20日までにお届けください。
- ・代表者の変更及びそれに伴う振込口座の名義については、本会の事業所情報と一致しないと変更できないため、県・市町への変更届の提出は迅速に願います。

◇お知らせ◇

* 提出締切日

毎月 10 日必着（インターネットは 24 時まで）

土日祝日も 10 日締切です。本会は開庁しておりますので持参も可能です。

受付時間は、9：00 から 17：00 までです。

例 1) 9 日（土）、10 日（日）の場合

9 日⇒開庁 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⇒開庁 10 日⇒開庁（受付）

* 介護給付費等支払日

介護給付費等の請求明細書提出月の翌月 27 日

（27 日が土曜の場合は前日の金曜日、休日の場合は翌日になります。）

届出等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

介護福祉課 介護保険係

TEL 078-332-5618

FAX 078-332-9520