

過 誤 申 立 依 頼 書

一関地区広域行政組合管理者 様

下記のとおり、国保連への過誤申し立てを依頼します。

年 月 日

| | |
|---------|---|
| 1. 事業種別 | <input type="checkbox"/> 介護給付費 |
| | <input type="checkbox"/> 介護予防・日常生活支援総合事業費 |
| 2. 過誤種別 | <input type="checkbox"/> 同月過誤（令和 年 月） |
| | <input type="checkbox"/> 通常過誤（令和 年 月） |

※1と2のそれぞれ該当する方にを入れてください。

| | |
|-------------|--|
| 事業所番号 | |
| 事業所等所在地及び名称 | |
| 担当者氏名 | |
| 電話番号 | |

| No. | 保険者番号 (被保険者証記載) | | | 被保険者番号 | | | フリガナ 被保険者氏名 | | | サービス提供年月 | サービス種類 | 申立事由 | 申立事由コード | |
|-----|--------------------|----------|--|--------|---|---|----------------|--|--|----------|--------|--|---------|--|
| | 様式 番号 | 事由 番号 | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 0 | 3 | | 0 | 0 | 0 | | | | 年 月 分 | | <input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 2 | 0 | 3 | | 0 | 0 | 0 | | | | 年 月 分 | | <input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 3 | 0 | 3 | | 0 | 0 | 0 | | | | 年 月 分 | | <input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 4 | 0 | 3 | | 0 | 0 | 0 | | | | 年 月 分 | | <input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 5 | 0 | 3 | | 0 | 0 | 0 | | | | 年 月 分 | | <input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 6 | 0 | 3 | | 0 | 0 | 0 | | | | 年 月 分 | | <input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 7 | 0 | 3 | | 0 | 0 | 0 | | | | 年 月 分 | | <input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 8 | 0 | 3 | | 0 | 0 | 0 | | | | 年 月 分 | | <input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 9 | 0 | 3 | | 0 | 0 | 0 | | | | 年 月 分 | | <input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 10 | 0 | 3 | | 0 | 0 | 0 | | | | 年 月 分 | | <input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他() | | |

※過誤処理と給付管理票修正は、同一月には行えません。給付管理票の修正は、過誤処理と別の月に提出されるよう調整してください。

過誤申立書提出締切日

| 提出月 | 同月過誤 | 通常過誤 |
|---------|---------------|----------------|
| 令和6年 4月 | 4月 8 日 (月) | 4月 19 日 (金) |
| 5月 | 5月 8 日 (水) | 5月 20 日 (月) |
| 6月 | 6月 7 日 (金) | 6月 20 日 (木) |
| 7月 | 7月 8 日 (月) | 7月 19 日 (金) |
| 8月 | 8月 8 日 (木) | 8月 20 日 (火) |
| 9月 | 9月 6 日 (金) | 9月 20 日 (金) |
| 10月 | 10月 8 日 (火) | 10月 18 日 (金) |
| 11月 | 11月 8 日 (金) | 11月 20 日 (水) |
| 12月 | 12月 6 日 (金) | 12月 20 日 (金) |
| 令和7年 1月 | 1月 8 日 (水) | 1月 20 日 (月) |
| 2月 | 2月 7 日 (金) | 2月 20 日 (木) |
| 3月 | 3月 7 日 (金) | 3月 19 日 (水) |

※上記は保険者（一関地区広域行政組合）から国保連合会への過誤申立提出締切日です。

介護給付費過誤申立依頼書記載要領

- 「事業所番号」欄に事業所番号を記載する。
- 「事業所等所在地及び名称」欄に事業所等の所在地及び名称を記載する。
- 「事業種別」欄の「介護給付費」または「介護予防・日常生活支援総合事業費」を選択する。
- 「過誤種別」欄の「同月過誤」または「通常過誤」を選択する。
 「同月過誤」 給付実績の取り下げと再請求の審査を同月に行う。
 同月に再請求を行うことで差額調整を行うことができる。
 「通常過誤」 給付実績の取り下げのみを行う。
 事業所は「介護給付費過誤決定通知書」で過誤処理の完了を確認後、再請求を行うことができる。
- 「保険者番号」欄に被保険者証等の保険者番号を記載する。(一関市032094 平泉町034025)
- 「被保険者番号」欄に被保険者証等の被保険者番号を記載する。
- 「被保険者氏名」欄に氏名(カナ)を記載する。
- 「サービス提供年月」欄に過誤の対象となるサービスを提供した年月を記載する。
- 「申立事由」欄の「給付費等請求明細書誤り(請求誤り)」または「その他」を選択する。「その他」を選択した場合は詳細を記載する。
 記載例) 所得変更による負担割合の変更、保険者側台帳誤り等
- 「申立事由コード」欄に4桁のコードを記載する。左の2桁に様式番号を、右の2桁に申立理由番号をそれぞれ記載する。(下記を参照のこと)

様式番号(申立事由コードの左2桁)

| 様式番号 | 様式名称 |
|-------------|---|
| 10 (様式第二) | 居宅サービス介護給付費明細書 (訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用)) |
| 11 (様式第二の二) | 介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用)) |
| 21 (様式第三) | 居宅サービス介護給付費明細書(短期入所生活介護) |
| 22 (様式第四) | 居宅サービス介護給付費明細書(介護老人保健施設における短期入所療養介護) |
| 23 (様式第五) | 居宅サービス介護給付費明細書(病院又は診療所における短期入所療養介護) |
| 24 (様式第三の二) | 介護予防サービス介護給付費明細書(介護予防短期入所生活介護) |
| 25 (様式第四の二) | 介護予防サービス介護給付費明細書(介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護) |
| 2A (様式第四の三) | 居宅サービス介護給付費明細書(介護医療院における短期入所療養介護) |
| 2B (様式第四の四) | 介護予防サービス介護給付費明細書(介護医療院における短期入所療養介護) |
| 26 (様式第五の二) | 介護予防サービス介護給付費明細書(病院又は診療所における介護予防短期入所療養介護) |
| 30 (様式第六) | 居宅サービス介護給付費明細書(認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護(平成18年3月サービス以前)) |
| 31 (様式第六の二) | 介護予防サービス介護給付費明細書(介護予防認知症対応型共同生活介護) |
| 32 (様式第六の三) | 居宅サービス介護給付費明細書(特定施設入所者生活介護・地域密着型特定施設入所者生活介護) |
| 33 (様式第六の四) | 介護予防サービス介護給付費明細書(介護予防特定施設入所者生活介護) |
| 34 (様式第六の五) | 居宅介護サービス介護給付費明細書(認知症対応型共同生活介護(短期利用)) |
| 35 (様式第六の六) | 介護予防サービス介護給付費明細書(介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用)) |
| 36 (様式第六の七) | 居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書(特定入居者生活介護(短期利用)・地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用)) |
| 40 (様式第七) | 居宅介護支援介護給付費明細書 |
| 41 (様式第七の二) | 介護予防支援介護給付費明細書 |
| 50 (様式第八) | 施設サービス等介護給付費明細書(介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設) |
| 60 (様式第九) | 施設サービス等介護給付費明細書(介護老人保健施設) |
| 61 (様式第九の二) | 施設サービス等介護給付費明細書(介護医療院) |
| 70 (様式第十) | 施設サービス等介護給付費明細書(介護療養型医療施設) |

申立理由番号(申立事由コードの右2桁)

| 申立理由番号 | 申立理由 |
|--------|-------------------------|
| 01 | 台帳誤り修正による過誤調整 |
| 02 | 請求誤りによる実績取下げ |
| 09 | 時効による保険者申立の取下げ |
| 11 | 台帳誤り修正による事業所申立の過誤調整 |
| 12 | 請求誤りによる実績取下げ(同月) |
| 21 | 台帳誤り修正による公費負担者申立の過誤調整 |
| 29 | 時効による公費負担者申立の取下げ |
| 32 | 給付管理票取消による実績の取下げ |
| 42 | 適正化による保険者申立の過誤取下げ |
| 49 | 適正化による保険者申立の過誤取下げ(同月) |
| 52 | 適正化による公費負担者申立の過誤取下げ |
| 59 | 適正化による公費負担者申立の過誤取下げ(同月) |
| 90 | その他の事由による台帳過誤 |
| 99 | その他の事由による実績の取下げ |

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立依頼書記載要領

- 1 「事業所番号」欄に事業所番号を記載する。
- 2 「事業所等所在地及び名称」欄に事業所等の所在地及び名称を記載する。
- 3 「事業種別」欄の「介護給付費」または「介護予防・日常生活支援総合事業費」を選択する。
- 4 「過誤種別」欄の「同月過誤」または「通常過誤」を選択する。
 - 「同月過誤」 給付実績の取り下げと再請求の審査を同月に行う。
同月に再請求を行うことで差額調整を行うことができる。
 - 「通常過誤」 給付実績の取り下げのみを行う。
事業所は「介護給付費過誤決定通知書」で過誤処理の完了を確認後、再請求を行うことができる。
- 5 「保険者番号」欄に被保険者証等の保険者番号を記載する。(一関市032094 平泉町034025)
- 6 「被保険者番号」欄に被保険者証等の被保険者番号を記載する。
- 7 「被保険者氏名」欄に氏名(カナ)を記載する。
- 8 「サービス提供年月」欄に過誤の対象となるサービスを提供した年月を記載する。
- 9 「申立事由」欄の「給付費等請求明細書誤り(請求誤り)」または「その他」を選択する。「その他」を選択した場合は詳細を記載する。
記載例) 所得変更 記載例) 所得変更による負担割合の変更、保険者側台帳誤り
- 10 「申立事由コード」欄に4桁のコードを記載する。左の2桁に様式番号を、右の2桁に申立理由番号をそれぞれ記載する。(下記を参照のこと)

様式番号(申立事由コードの左2桁)

| 様式番号 | 様式名称 |
|------|--|
| 10 | (様式第二の三) 介護予防・日常生活支援総合事業費請求明細書 (訪問型サービス・通所型サービス・その他の生活支援サービス) |
| 20 | (様式第七の三) 介護予防・日常生活支援総合事業費請求明細書(介護予防ケアマネジメント) |

申立理由番号(申立事由コードの右2桁)

| 申立理由番号 | 申立理由 |
|--------|------------------|
| 02 | 請求誤りによる実績取下げ |
| 12 | 請求誤りによる実績取下げ(同月) |
| 99 | その他の事由による実績の取下げ |