

「介護給付費の請求及び受領に関する届」の提出について

◎届出の提出時期について（原則）

（１）インターネットで請求を行う事業所

インターネットで請求を行う場合は、本会から「介護保険事業所の電子請求登録結果」（ユーザID、仮パスワード及び証明書発行用パスワード）を取得した後、電子証明書発行手数料を発行する必要がありますので、請求を開始する月の前々月の20日までに提出してください。なお、インターネット請求を開始するまでには2ヶ月程度の期間をみていただいておりますので、ご了承ください。

（２）電子媒体で請求を行う事業所

請求を開始する月の10日までに提出してください。

なお、請求する際には、電子媒体等提出票を同封のうえ提出をお願いいたします。

（３）紙帳票で請求を行う事業所

請求を開始する月の10日までに提出してください。

平成30年3月31日までに免除届出書の提出が必要ですので、必ず提出をお願いいたします。

＜「介護給付費の請求及び受領に関する届」記載要領＞

○提出日

「介護給付費の請求及び受領に関する届」を国保連合会に提出(送付)した日を記載してください。

○開設者の住所・氏名

事業所の開設者の住所及び氏名(法人名)を記載し、押印してください。

印については、法人の場合は「法務局に届出済の法人実印」を押印してください。

また、個人で開設している場合は、「代表者個人の実印」を押印してください。

○事業所番号(必須)

・保険医療機関、保険薬局

「みなし指定」の規定が適用され、介護保険の指定事業所として指定される事業所番号を記載してください。

・医科の保険医療機関(081+保険医療機関コード)

・歯科の保険医療機関(083+保険医療機関コード)

・保険薬局(084+保険薬局コード)

} 10桁の事業所番号となります。

・介護保険事業所

介護保険の事業所として県又は市町村より指定(指令書による)された事業所番号を記載してください。(茨城県内で指定を受けた場合は、「08」で始まる10桁の番号となります。)

○(請求先)事業所名称及びフリガナ(必須)

・保険医療機関、保険薬局

関東信越厚生局茨城事務所へ届出受理された保険医療機関又は保険薬局の名称を記載し、読み方をカタカナで記載してください。

・介護保険事業所

介護保険の事業所として県又は市町村より指定(指令書による)された事業所名称を記載し、読み方をカタカナで記載してください。

○所在地及びフリガナ(必須)

・保険医療機関・保険薬局

関東信越厚生局茨城事務所へ届出し受理された保険医療機関又は保険薬局の所在地を記載し、読み方をカタカナで記載してください。

・介護保険事業所

介護保険の事業所として県又は市町村より指定(指令書による)された事業所の所在地を記載し、読み方をカタカナで記載してください。

○請求者及びフリガナ(必須)

請求者は開設者と同一(法人の社名)を記載し、読み方をカタカナで記載してください。

○郵便番号・TEL・FAX(必須)

事業所所在地の郵便番号、事業所の電話番号及びFAX番号を記載してください。

○振込先（金融機関）（初回必須）

振込先金融機関コード（4桁）及び金融機関の名称を記載してください。
指定口座をゆうちょ銀行にする場合は、金融機関コード【9900】となります。

○支店名（初回必須）

振込先金融機関本支店コード（3桁）及び本支店の名称を記載してください。
指定口座をゆうちょ銀行にする場合は、全銀協のシステム接続用コードとして「記号（5桁）」を「支店コード（3桁）」に変換したコードを記載してください。

○口座番号（初回必須）

振込先金融機関口座の種別（普通・当座・その他）を○で囲み、口座番号を右詰めで記載してください。
指定口座をゆうちょ銀行にする場合は、全銀協のシステム接続用コードとして「番号（8桁）」を「口座番号（7桁）」に変換したコードを記載してください。

○受領者（口座名義人）及びフリガナ（初回必須）

通帳に記載されている口座名義人を省略せずに記載してください。

○届出理由（必須）

該当する番号を○で囲んでください。
「5. その他」を選んだ場合は、括弧内に理由を記載してください。
【例】 住所変更などは、「5. その他」とし、理由を記載してください。

○異動年月（必須）

請求を初めて行う年月を記載してください。
【例】 平成29年4月サービス提供分を平成29年5月に初めて請求する場合
→「平成29年5月」と記載してください。

○請求方法（必須）

請求に使用する方法に、該当する番号を○で囲んでください。

○Eメール（任意）

事業所の使用しているEメールアドレスを設定している場合に記載してください。必須項目でないため、記入は任意とさせていただきます。

○旧事業所番号及び同意欄（該当事業所のみ）

※以下の内容に該当しない場合は、必要ありません。

新たに事業所を指定され、旧事業所での介護保険請求がある場合は、旧事業所の支払と新事業所の支払を合算することが可能です。支払合算を希望される場合は、「旧事業所番号」及び「支払の合算の同意」欄に記載願います。

<添付書類>

届出理由により添付書類が異なりますので、次の表を参照して忘れずに添付して下さい。

	添付書類	届出理由				
		1.新設	2.請求者及び受領者(口座名義人)の変更	3.請求方法の変更	4.振込先及び口座番号の変更	5.その他
開設者と受領者(口座名義人)が同一の場合	印鑑証明書	○	—	—	—	—
	委任状	—	—	—	—	—
	預金通帳の写し	○	○	—	○	—
開設者と受領者(口座名義人)が異なる場合	印鑑証明書	○	○	—	○	○
	委任状	○	○	—	○	○
	預金通帳の写し	○	○	—	○	○

※ 届出理由において、開設者(請求者)及び受領者(口座名義人)が前回届出(内容)と変更がない場合は、添付書類の提出は必要ありません。

<印鑑証明書> (初回必須)

法務局に提出されている、印鑑証明書(有効期限 3ヶ月以内)(コピー可)をご提出ください。法人印の変更があった場合には、初回以降も提出をしてください。

<預金通帳の写し> (初回必須)

金融機関の通帳の写し(表紙・裏面のカナで記載のページどちらも)をご提出ください。届出に、ご記入される口座名義人は裏面のカタカナ部分をご参照ください。

金融機関の変更、口座名義人の変更があった場合には、必ず届出と合わせてご提出をお願いいたします。なお、当座預金等で通帳が存在しない場合は、「預金口座証明書」に金融機関の確認印を受ける必要があります。

<委任状> (該当事業所のみ)

開設者と受領者(口座名義人)が同一でない場合に、ご提出ください。

<注意事項>

- (1) 提出後において記載内容に変更が生じる場合は、その都度、本会に届出を提出してください。
- (2) 貴事業所にて、届出の控え(コピー)を、必ず保管しておいてください。
- (3) その他、不明な点等がございましたら、本会までご連絡ください。

<連絡先>

茨城県国民健康保険団体連合会(略称:茨城県国保連合会)

- ①住所 〒310-0852 水戸市笠原町978番26 茨城県市町村会館内
- ②TEL 029-301-1567(介護保険課直通)
- ③FAX 029-301-1580(介護保険課直通)
- ④Eメールアドレス kaigo@ibaraki-kokuhoren.or.jp
- ⑤ホームページアドレス <http://www.ibaraki-kokuhoren.or.jp/>

介護給付費等の請求及び受領に関する届

記載例

平成〇〇年××月△△日 提出

茨城県国民健康保険団体連合会 理事長 殿

開設者 住所 茨城県水戸市笠原町978-26
 社会福祉法人〇〇会
 氏名 理事長 介護 太郎 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。

印は、法人の場合は、法人実印、個人の場合は、個人実印を押印願います。
 (法務局届出印)

事業所番号	08XXXXXXXXXX									
法人種別	経営主体									
フリガナ	〇〇〇カイゴサービスジギョウシヨ	郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇							
(請求先)事業所名称	〇〇〇介護サービス事業所		TEL	XXX-XXX-XXXX						
		FAX	△△△-△△△-△△△△							
フリガナ	イバラキケンミトシカサハラチョウ	振込先	9 9 9 9	介護銀行						
所在地	茨城県水戸市笠原町978-26		支店名	9 9 9	国保支店					
		口座番号	普通 当座 その他	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	リジチョウ カイゴ タロウ	フリガナ	シヤカイフシホクジン〇〇カイ リジチヨウ カイゴ タロウ							
請求者	理事長 介護 太郎		(口座名義人)受領者	社会福祉法人〇〇会 理事長 介護 太郎						
	届出理由(該当番号に○をつけてください)		異動年月			旧事業所番号				
①	新設		〇〇年××月請求分より 提出月を記載してください。 平成29年4月サービス 平成29年5月提出 →29年5月請求分より			※摘要				
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更									
3	請求方法の変更									
4	振込先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)									
	4. 磁気(CD-R) 5. 帳票									
Eメール										
旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当該事業所番号の支払いと合算することに同意します。										
住所 氏名 印										
備考										

※届出理由が1, 2または4の場合、通帳のコピー(表紙、カタカナで名義人が記載のあるページ両方)を添付願います。

