

「介護給付費等の請求及び受領に関する届」について

本届は介護給付費等の請求を開始するにあたり、提出いただく書類です。代表者の変更等の異動理由が発生した場合、その都度提出してください。ただし、介護給付費等の請求がない場合、提出不要です。

送付期限は、変更月の毎月 10 日迄に送付願います。

(例)令和 5 年 5 月サービス分を 6 月 10 日迄に請求分(7 月支払分)から口座情報を変更したい場合

→ 本届は 6 月 10 日迄に提出。提出が遅れる場合、振込先の変更できない場合がございます。

1. 記載要領 ※別紙届の記載例と照らし合わせご確認ください。

項目	記載内容
①提出日	「介護給付費等の請求及び受領に関する届」を本会に提出した日付を記載します。
②開設者 住所・氏名	住所：開設者の法人住所を記載します。 氏名：法人名及び代表者の役職、氏名を記載します。
③印	印鑑登録されている印鑑を押印します。
④事業所番号	介護事業所：県又は市町村より指定された 10 桁の番号を記載します。 保険医療機関：10 桁の番号を記載します。 医科：081+保険医療機関コード。歯科：083+保険医療機関コード。 調剤：084+保険薬局コード。
⑤事業所名称	事業所の名称を記載します。
⑥郵便番号・所在地	事業所の所在地の郵便番号及び住所を記載します。
⑦TEL・FAX	事業所の電話番号及び FAX 番号を記載します。
⑧請求者	請求者は開設者と同一の名称(法人名・役職名・代表者名)を記載します。開設者と異なる場合、委任状が必要となります。
⑨振込先	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ます。
⑩支店名	振込先金融機関支店コード(3 桁)及び支店名を記載します。
⑪口座番号	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(7 桁)を右詰めで記載します。
⑫受領者 (口座名義人)	介護給付費を受領する受領者(口座名義人)の名称を記載します。 <u>フリガナには、口座に振込可能な口座名義人をカタカナで記入します。</u>
⑬届出理由	該当する番号を○で囲みます。 ・「5.その他」を選択した場合、括弧内に理由を記載します。 ・「4.振込先及び口座番号の変更」の場合は、 <u>備考欄の異動情報を記載ください。</u> (例) 令和 5 年 6 月請求(令和 5 年 7 月入金分)から口座情報を変更する場合、「令和 5 年 6 月審査 7 月振込分から異動希望」と記載します。
⑭異動年月	届出の内容を有効にしたい請求(サービス提供)年月を記載してください。 (例 1)令和 5 年 5 月サービス提供分の介護給付費を、令和 5 年 6 月に請求する場合、異動年月は「令和 5 年 6 月請求分(令和 5 年 5 月サービス提供分)」と記載します。

	(例2)令和5年6月請求分(令和5年7月支払分)から振込先を変更する場合、異動年月は「令和5年6月(令和5年5月サービス提供分)」と記載します。
⑮請求媒体	請求方法を○で囲みます。 ○伝送；インターネットで提出(送信)。 本会で本届の受理後、「電子請求登録結果に関するお知らせ」(電子請求受付システムにログインするためのユーザーID及び仮パスワード、証明書発行用パスワード)を送付しますので、伝送開始までには2カ月程度の期間をみていただいております。 <u>その間は磁気媒体(CD等)での提出となります。</u> ○電子媒体：CD等で提出。※電子媒体提出票の同封が必要になります。 ○帳票：紙明細書で提出。
⑯旧事業所番号	過去に採番された事業所番号がある場合は記載ください。
⑰支払合算同意欄	旧事業所番号欄に記載された事業所の支払を、今回届を提出する事業所の支払に合算することが可能です。印には印鑑登録されているものを押印してください。 ※1. 支払合算を希望しない場合、記載は必要ございません。 ※2. 債権譲渡を行っている場合、支払合算を行うことはできません。
⑱担当者名・TEL	本届の提出に係る担当者名及び担当者と連絡がとれる電話番号を記載ください。

2. 添付書類

届出理由により添付書類が異なりますので、次の表を参照して添付ください。

	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 変更	4.振込先及び口座 番号の変更	5.その他
開設者と 請求者又は受領者 (口座名義人)が 同一の場合	印鑑証明書 (発行日から3月以内 のもの)	○	○	—	○	—
	預金通帳の写し	○	○	—	○	—
	委任状	—	—	—	—	—
開設者と 請求者又は受領者 (口座名義人)が 異なる場合	印鑑証明書 (発行日から3月以内 のもの)	○	○	—	○	—
	預金通帳の写し	○	○	—	○	—
	委任状	○	○	—	○	—

3. 提出先・連絡先

【提出先】名称：茨城県国民健康保険団体連合会(略称：茨城県国保連合会) 介護保険係 宛

住所：〒310-0852

水戸市笠原町978番26 茨城県市町村会館内

【連絡先】TEL：029-301-1567

電子媒体提出票

国保連合会使用欄

送付前に下記の内容をお読みください。

- 電子媒体での請求の際は、媒体及び当該提出票を提出ください。

インターネット及び帳票での請求の際は必要ありません。

- 以下に記載された条件の場合、受付ができません。

- 1事業所にて、2枚以上の電子媒体で請求している場合。

電子媒体は、各事業所1月1枚のみです。ファイルが複数ある場合、1枚の媒体に入れてください。

2. 電子媒体にCSVファイル以外が入っている場合。

電子媒体にはCSVファイルのみ入れてください。CSVファイルがフォルダーに入っている場合、受付できません。

3. CSVファイルのコントロールレコードの処理対象年月に、請求年月以外の年月が設定されている場合。

(例)2022年12月に請求する場合、202212と設定する。

請求年月日	令和 年 月 日								
事業所番号 ※1	0	8							
事業所名称									
電話番号・担当者名	電話番号 — —				担当者名				

提出媒体 (CD・FD) 枚数 ※提出媒体に○を付けてください。		1 枚
請求内容別 ファイル数 件数	請求内容 ※該当の番号に○をして下さい。	ファイル数 ※件数ではありません
	1. 給付管理票	ファイル
	2. 介護給付費明細書	ファイル
	3. 日常生活総合事業明細書	ファイル
	合計	ファイル

【記載例】 介護給付費等の請求及び受領に関する届

① 令和 5 年 6 月 1 日 提出

茨城県国民健康保険団体連合会 理事長 殿

②
 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 ③ 印

介護給付費等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。

④事業所番号	0899999999	⑱担当者名	茨城 太郎	⑲TEL	029-367-1587				
⑤フリガナ	〇〇〇カイゴサービスジギョウシヨ	⑥郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇	連 合 会 使 用 欄					
(請求先) ⑤事業所名称	〇〇〇介護サービス事業所	⑦TEL	×××-×××-×××						
		⑦FAX	△△△-△△△-△△△						
⑥フリガナ	イハ ラキケミトシカハラチヨウ	⑨振込先	1 1 1 1	介護銀行					
⑥所在地	茨城県水戸市笠原町 978-26	⑩支店名	2 2 2	国保支店					
		⑪口座番号	普通 当座 その他	3	3	3	3	3	3
⑧フリガナ	リジチヨウ カイゴ タウ	⑫フリガナ	シヤカイフクシホクジン〇〇カイ リジチヨウ カイゴ タウ						
⑧請求者	理事長 介護 太郎	⑫ (口座名義人)受領者	社会福祉法人〇〇会 理事長 介護 太郎						
	⑬届出理由(該当番号に○をつけてください)	⑭異動年月			⑯旧事業所番号				
①	新設	令和 5 年 6 月請求分 (令和5年5月サービス提供分)			※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 ()								
⑮ 請求方法	1. 伝送 2. 電子媒体(CD) 3. 帳票								
⑰ 支払合算	旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当事業所番号の支払いと合算することに同意します。								
	住所		印						
	氏名								
備 考									
※届出理由「2. 請求者及び受領者(口座名義)」又は「4. 振込先及び口座番号」を選択の場合、以下を記載ください。 令和 年 月 審査 月 振込分から異動希望。									

※届出理由が、1又は2、4の場合、印鑑証明書及び通帳のコピー(表紙及びカタカナで名義人の記載があるページ)を添付願います。