

2.4 帳票イメージ

介護給付費公費受給者別一覧表

NNZ9年Z9月審査分

NNZ9年 Z9月 Z9日

ZZZZ9 頁

公費負担者番号	99999999
公費負担者名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

受給者番号	サービス提供年月	事業所番号	サービス種類名	サービス項目名	日数回数	公費対象単位数	公費負担金額	公費分本人負担額	保険者番号	被保険者番号
		事業所名							保険者名	
9999999	XZ9.Z9	9999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	Z9	----,---,---,--9	---,---,---,---	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	999999	XXXXXXXXXX
		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN							NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999	XZ9.Z9	9999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	Z9	----,---,---,--9	---,---,---,---	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	999999	XXXXXXXXXX
		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN							NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999	XZ9.Z9	9999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	Z9	----,---,---,--9	---,---,---,---	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	999999	XXXXXXXXXX
		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN							NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999	XZ9.Z9	9999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	Z9	----,---,---,--9	---,---,---,---	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	999999	XXXXXXXXXX
		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN							NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999	XZ9.Z9	9999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	Z9	----,---,---,--9	---,---,---,---	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	999999	XXXXXXXXXX
		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN							NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999	XZ9.Z9	9999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	Z9	----,---,---,--9	---,---,---,---	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	999999	XXXXXXXXXX
		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN							NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999	XZ9.Z9	9999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	Z9	----,---,---,--9	---,---,---,---	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	999999	XXXXXXXXXX
		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN							NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999	XZ9.Z9	9999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	Z9	----,---,---,--9	---,---,---,---	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	999999	XXXXXXXXXX
		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN							NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999	XZ9.Z9	9999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	Z9	----,---,---,--9	---,---,---,---	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	999999	XXXXXXXXXX
		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN							NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999	XZ9.Z9	9999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	Z9	----,---,---,--9	---,---,---,---	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	999999	XXXXXXXXXX
		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN							NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999	XZ9.Z9	9999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	Z9	----,---,---,--9	---,---,---,---	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	999999	XXXXXXXXXX
		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN							NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999	XZ9.Z9	9999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	Z9	----,---,---,--9	---,---,---,---	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	999999	XXXXXXXXXX
		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN							NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999	XZ9.Z9	9999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	Z9	----,---,---,--9	---,---,---,---	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	999999	XXXXXXXXXX
		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN							NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
合計						----,---,---,--9	---,---,---,---	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	6411	

国保連合会 公費負担者

介護給付費過誤決定通知書（NNZ9年Z9月取扱分）

過誤申立については、下記のとおり決定しましたので通知します。

NNZ9年Z9月Z9日

ZZZ9頁

公費負担者番号	公 費 負 担 者 名
99999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号 事業所名	公費受給者番号 公費受給者氏名	証記載保険者番号 証記載保険者名	サービス 提供年月	サービス 種類名	過誤申立事由	単位数（食事提供費）	公費負担額	被保険者番号	備 考
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
999999999	9999999	9999999	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	
NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN	NNNNNNN	----	----	XXXXXXXXX	

- 234 -

		件数	単位数 ¹ （金額）	公費負担額
合計	介護給付費	ZZZ,ZZ9	----	----
	高額介護サービス費			
	食事提供費	ZZZ,ZZ9	----	----

¹ 食事提供費の場合は金額が印字される

国保連合会 公費負担者

介護給付費再審査決定通知書 (NNZ9 年 Z9 月取扱分)

NNZ9 年 Z9 月 Z9 日

公費負担者番号	公 費 負 担 者 名
99999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

審査委員会において再度審議した結果、下記のとおり決定しましたので通知します。

ZZZ9 頁

NNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号 事業所名	公費受給者番号 公費受給者氏名	証記載保険者番号 証記載保険者名	サービス 提供年月	サービス 種類名	再審査 申立事由	再審査 結果コード	当初請求単位数	申立単位数	調整単位数 公費負担額	被保険者番号	備考
							原審単位数	決定単位数			
999999999 NNNNNNNNNNNN	9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	9999999 NNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN NNNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9 ----,---,---,--9	XXXXXXXXXX	
999999999 NNNNNNNNNNNN	9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	9999999 NNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN NNNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9 ----,---,---,--9	XXXXXXXXXX	
999999999 NNNNNNNNNNNN	9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	9999999 NNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN NNNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9 ----,---,---,--9	XXXXXXXXXX	
999999999 NNNNNNNNNNNN	9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	9999999 NNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN NNNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9 ----,---,---,--9	XXXXXXXXXX	
999999999 NNNNNNNNNNNN	9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	9999999 NNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN NNNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9 ----,---,---,--9	XXXXXXXXXX	
999999999 NNNNNNNNNNNN	9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	9999999 NNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN NNNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9 ----,---,---,--9	XXXXXXXXXX	
999999999 NNNNNNNNNNNN	9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	9999999 NNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN NNNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9 ----,---,---,--9	XXXXXXXXXX	
999999999 NNNNNNNNNNNN	9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	9999999 NNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN NNNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9 ----,---,---,--9	XXXXXXXXXX	
999999999 NNNNNNNNNNNN	9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	9999999 NNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN NNNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9 ----,---,---,--9	XXXXXXXXXX	
999999999 NNNNNNNNNNNN	9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	9999999 NNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN NNNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9 ----,---,---,--9	XXXXXXXXXX	
999999999 NNNNNNNNNNNN	9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	9999999 NNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN NNNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9 ----,---,---,--9	XXXXXXXXXX	
999999999 NNNNNNNNNNNN	9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	9999999 NNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN NNNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9 ----,---,---,--9	XXXXXXXXXX	
999999999 NNNNNNNNNNNN	9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	9999999 NNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN NNNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9 ----,---,---,--9	XXXXXXXXXX	
999999999 NNNNNNNNNNNN	9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	9999999 NNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNNN NNNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9 ----,---,---,--9	XXXXXXXXXX	

国保連合会 公費負担者	再 審 査 申 立 (請 求)			再 審 査 決 定			調 整		
	件 数	単 位 数	公 費 負 担 額	件 数	単 位 数	公 費 負 担 額	件 数	単 位 数	公 費 負 担 額
合 計	介護給付費	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9
	高額介護サービス費								

再審査結果コード
 01:原審通り 02:増(全部増)
 03:減(全部減) 04:増(一部増)
 05:減(一部減)

給付管理票総括票

平成 14 年 2 月提出分

作成区分	1. 居宅介護支援事業所作成 ②. 自己作成 (保険者番号 : 0420XX)	
居宅介護 支援事業所	事業所番号	
	事業所名	
	所在地連絡先	

他 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分	0 枚	0 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件
	短期入所サービス給付管理票	新規分	0 枚	0 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件

自 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分	40 枚	39 件
		修正分	2 枚	2 件
		取消分	0 枚	0 件
	短期入所サービス給付管理票	新規分	18 枚	18 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件

介護給付費過誤決定通知書 (平成 15 年 5 月取扱分)

過誤申立については、下記のとおり決定しましたので通知します。

平成 15 年 5 月 20 日

1 頁

県国民健康保険団体連合会

公費負担者番号	公 費 負 担 者 名
121499XX	公費負担者

事業所番号 事業所名	公費受給者番号 公費受給者氏名	証記載保険者番号 証記載保険者名	サービス 提供年月	サービス 種類名	過誤申立事由	単数 (食事提供費)	公費負担額	被保険者番号	備 考
04102123XX × × 事業者	121499XX 公費負担者	0403XX 町	H12. 8	訪問介護	訪問通所明細 その他取次	-130	-65	14301400XX	

- 2 5 1 -

		件数	単数 ¹ (金額)	公費負担額
合計	介護給付費	1	-130	-65
	高額介護サービス費			
	食事提供費			

¹ 食事提供費の場合は金額が印字される

国保連合会 公費負担者

介護給付費再審査決定通知書（平成15年5月取扱分）

平成15年5月20日

公費負担者番号	公費負担者名
121499XX	公費負担者

審査委員会において再度審議した結果、下記のとおり決定しましたので通知します。

1頁

県国民健康保険団体連合

事業所番号 事業所名	公費受給者番号 公費受給者氏名	証記載保険者番号 証記載保険者名	サービス 提供年月	サービス 種類名	再審査 申立事由	再審査 結果コード	当初請求単数	申立単数	調整単数 公費負担額	被保険者番号	備考
							原審単数	決定単数			
04102123XX ××事業者	0123XX 加こ 知	0403XX 町	H14. 8	訪問介護	通常サービス 計算誤り	02	120 100	120 120	20 10	012345XX	

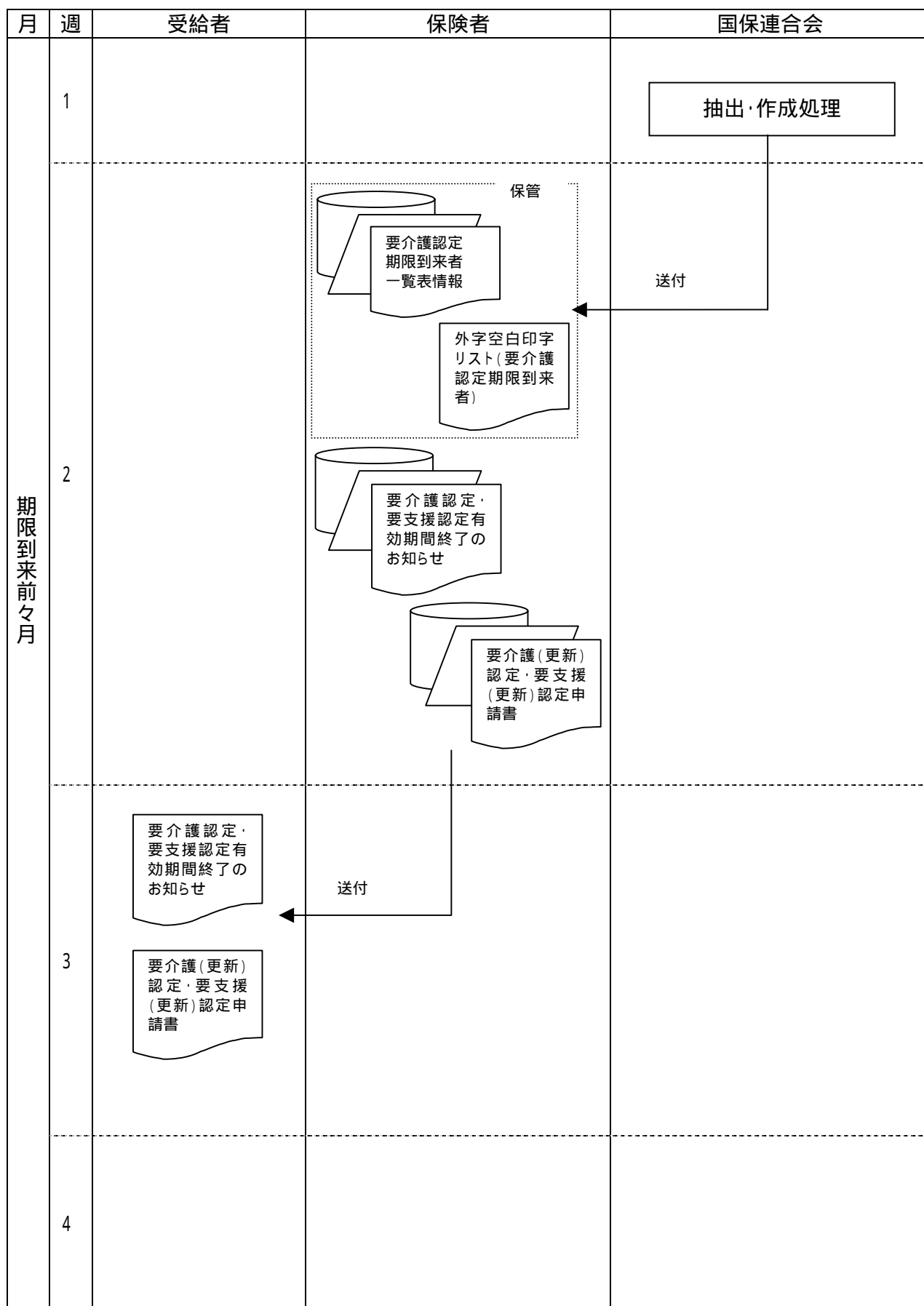
- 2 5 2 -

合計	再審査申立（請求）	再審査決定			調 整					
		件数	単数	公費負担額	件数	単数	公費負担額	件数	単位数	公費負担額
	介護給付費	0	120	120	0	60	60	0	20	10
	高額介護サービス費									

再審査結果コード

01：原審通り	02：増（全部増）
03：減（全部減）	04：増（一部増）
05：減（一部減）	

要介護認定更新支援処理情報受け渡し概要図

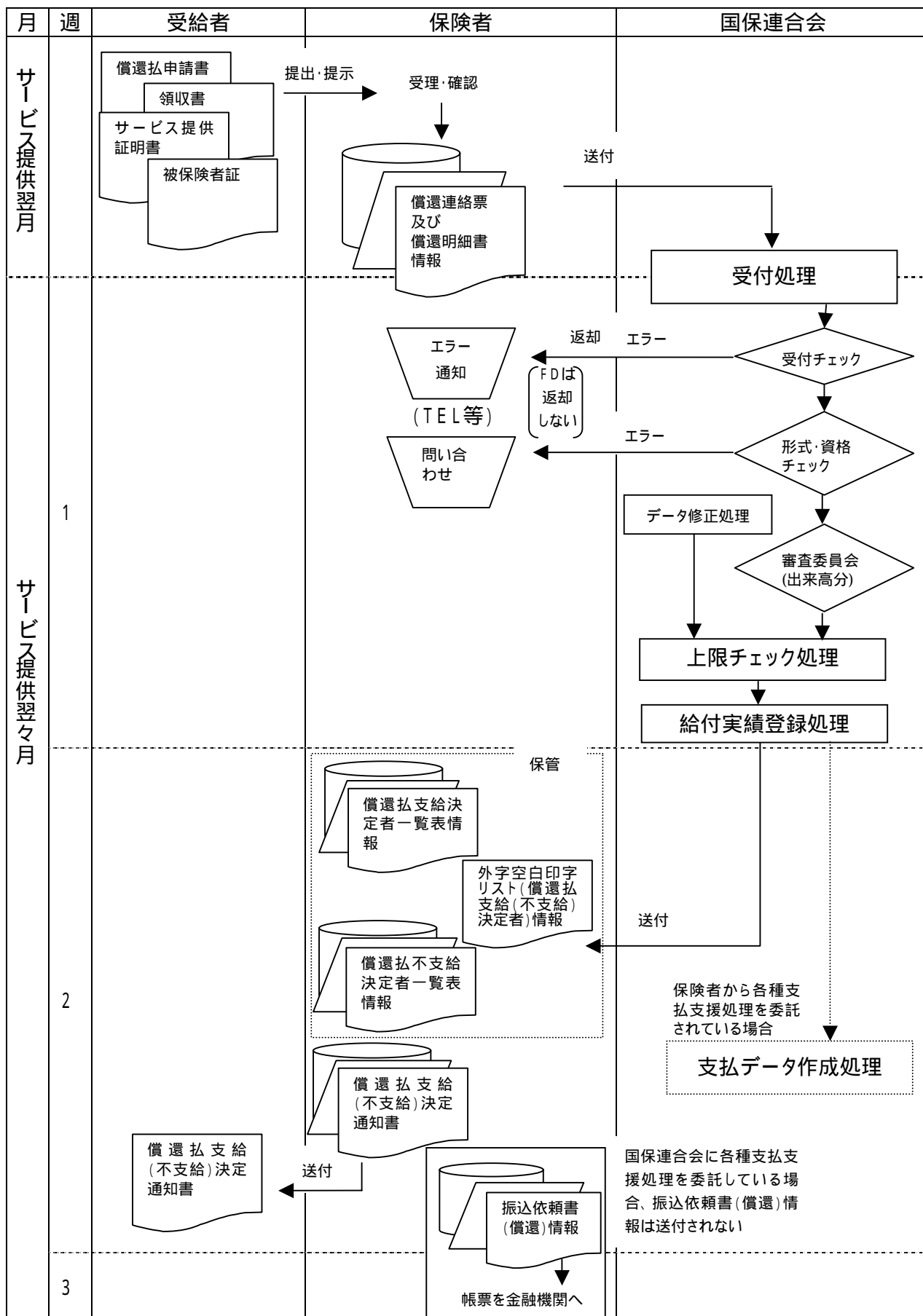


3.1.2 償還払給付額管理処理情報受け渡し概要

保険者	国保連合会
<p>1. 受給者からの償還払申請書、領収書(写し)、サービス提供証明書を受理するとともに被保険者証の提示を受けて、償還連絡票及び償還明細書情報を作成し、国保連合会に送付する。</p> <p>5. 償還払支給一覧表、償還払不支給一覧表、外字空白印字リスト(償還払支給(不支給)決定者)を保管する。</p> <p>6. 償還払支給(不支給)決定通知書を受給者に送付する。</p> <p>7. 振込依頼書(償還)を金融機関に送付する。</p>	<p>2. 償還連絡票及び償還明細書情報媒体の受付チェックを行い、エラーがあれば保険者に通知し、再送付を依頼する。エラーとなった磁気媒体(FD以外)は返却する。</p> <p>3. 償還連絡票及び償還明細書情報の形式・資格チェックを行い、エラーがあれば保険者に問い合わせし、データの修正を行う。出来高分については、審査委員会での審査を行う。</p> <p>4. 現物給付の給付実績確定後に上限チェックを行い、償還払支給一覧表、償還払不支給一覧表、償還払支給(不支給)決定通知書、外字空白印字リスト(償還払支給(不支給)決定者)、振込依頼書(償還)を作成して、保険者に送付する。</p>
<p>備考 保険者が各種支払支援処理を委託している場合、振込依頼書(償還)の作成は行わない。</p>	

加除第2号

償還払給付額管理処理情報受け渡し概要図



加除第2号

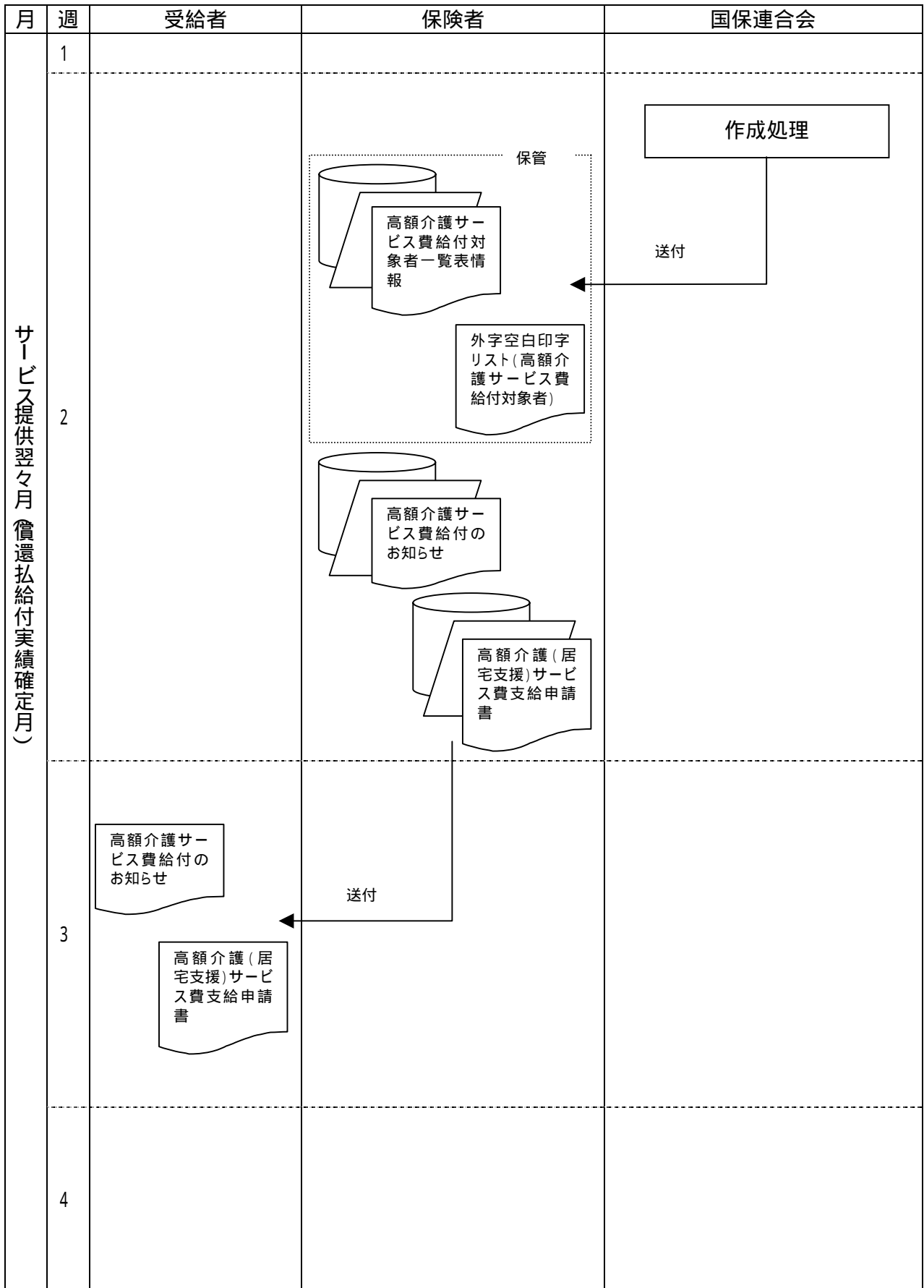
3.1.2 介護給付費通知作成処理情報受け渡し概要

保険者	国保連合会
<p>2. 介護給付費通知一覧表、外字空白印字リスト(介護給付費通知)を保管する。</p> <p>3. 介護給付費通知書を受給者に送付する。</p>	<p>1. 給付実績から、介護給付費通知一覧表、介護給付費通知書、外字空白印字リスト(介護給付費通知)を作成して、保険者に送付する。</p>
<p>備考 抽出期間は月次・隔月次・四半年次・半年次・年次で、保険者毎の変更が可能である。</p>	

加除第2号

高額介護サービス費支給処理情報受け渡し概要図

・申請書等



加除第2号

・支給(不支給)決定通知書等

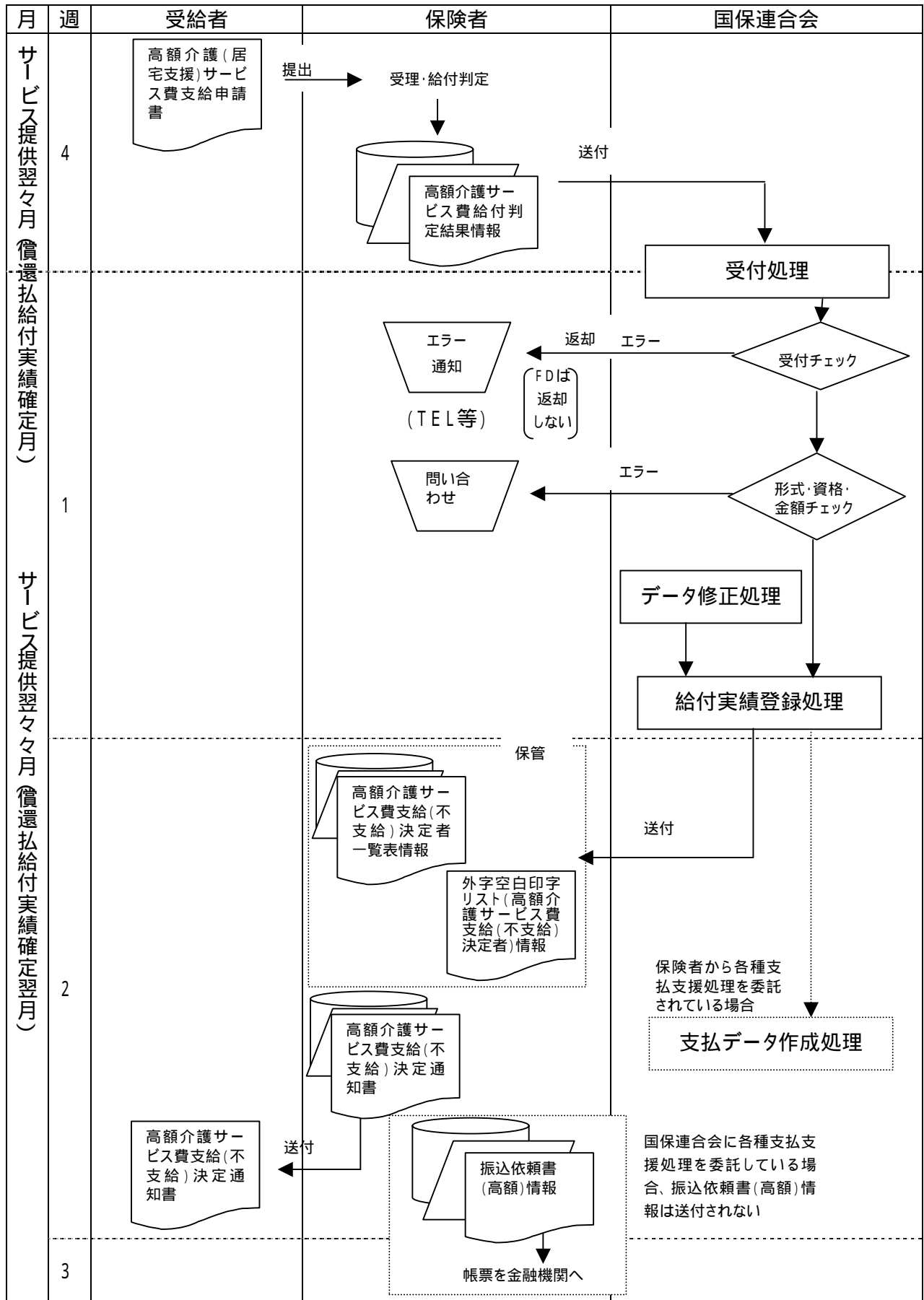
保険者	国保連合会
<p>1. 受給者から高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書を受け取り、判定を行って、給付判定結果を国保連合会に送付する。</p> <p>5. 高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表、外字空白印字リスト(高額介護サービス費支給(不支給)決定者)を保管する。</p> <p>6. 高額介護サービス費支給(不支給)決定通知書を受給者に送付する。</p> <p>7. 振込依頼書(高額)を金融機関に送付する。</p>	<p>2. 給付判定結果情報媒体の受付チェックを行い、エラーがあれば保険者に通知し、再送付してもらう。エラーとなった磁気媒体(FD以外)は返却する。</p> <p>3. 給付判定結果の形式・資格・金額チェックを行い、エラーがあれば保険者に問い合わせし、データの修正を行う。</p> <p>4. 高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表、高額介護サービス費支給(不支給)決定通知書、外字空白印字リスト(高額介護サービス費支給(不支給)決定者)、振込依頼書(高額)を作成して、保険者に送付する。</p>

備考

保険者が各種支払支援処理を委託している場合、振込依頼書(高額)の作成は行わない。

高額介護サービス費支給処理情報受け渡し概要図

・支給(不支給)決定通知書等



加除第2号