

## 4 帳票イメージ





# 請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表

事業所（保険者）番号 999999999

NN 29年 29月 審査分

NN 29年 29月 29日

事業所（保険者）名 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

ZZZZ9頁  
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者（事業所）番号 保険者（事業所）名	被保険者番号 被保険者氏名	種別	サービス 実施年月	サービス 種類	点数 (食事提供費)	事由	内 容	備 考
999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	X29.29	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NN	NN
999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	X29.29	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NN	NN
999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	X29.29	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NN	NN
999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	X29.29	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NN	NN
999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	X29.29	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NN	NN
999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	X29.29	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NN	NN
999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	X29.29	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NN	NN
999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	X29.29	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NN	NN
999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	X29.29	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NN	NN
999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	X29.29	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NN	NN
999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	X29.29	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NN	NN
999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	X29.29	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NN	NN
999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	X29.29	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NN	NN
999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	X29.29	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NN	NN

※ 種別 : サ…サービス計画費請求明細書、 請…請求明細書、 給…給付管理票、 再…再審査申立書、 過…過誤申立書  
 ※ 備考の保留は、当月審査分において居宅介護支援事業者から給付管理票の提出がないため、保留扱いとしたものである。



# 介護給付費支払決定額内訳書

NNZ9年 Z9年 Z9日

NNZ9年Z9月審査分

ZZZZZ 頁

NNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号 999999999	事業所名 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
--------------------	----------------------------------

保険者番号 (公費負担者)	サービス 実施年月	サービス 種類名	件数	審査決定			金額 (食事提供費) 円 (円)	保険者(公費負担者) 負担金額 保険者 介護給付費 (食事提供費負担額)	備考
				日数 (回数) 日 (回)	点数 (点)				
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
		NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9		ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
		NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9		ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
		NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9		ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
		NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9		ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
		NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9		ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
		NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9		ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
		NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9		ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
		NNNNNN	ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9		ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
審査決定	介護サービス費		ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
			ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9		ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
過誤調整	介護サービス費		ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9	---	---	---		
			ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9					
支払決定	介護サービス費		ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		
			ZZZ.ZZ9	ZZ.ZZZ.ZZ9		ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9	ZZZ.ZZZ.ZZZ.ZZ9		

※1. 下段は食事提供費分です。  
 ※2. 食事提供費の件数、日数は再掲です。  
 ※3. 点数、金額(食事提供費)、保険者介護給付費(食事提供費負担額)の各欄は介護保険給付と公費給付の合算です(生保単独を除く)。  
 ※4. 過誤調整の内訳については、介護給付費過誤決定通知書に記載しています。

## 介護給付費過誤決定通知書（NNZ9年Z9月取扱分）

保険者殿からの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。

事業所番号	事業所名
999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNZ9年Z9月Z9日

ZZZ9頁

NNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号 (公費負担者番号)	被保険者番号 被保険者氏名	サービス 実施年月	サービス 種類名	過誤申立事由	点数 (食事提供費)	保険者負担額 (公費負担額)	備 考
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	---,---,---,--9	---,---,---,--9	
NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN			
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	---,---,---,--9	---,---,---,--9	
NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN			
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	---,---,---,--9	---,---,---,--9	
NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN			
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	---,---,---,--9	---,---,---,--9	
NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN			
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	---,---,---,--9	---,---,---,--9	
NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN			
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	---,---,---,--9	---,---,---,--9	
NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN			
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	---,---,---,--9	---,---,---,--9	
NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN			
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	---,---,---,--9	---,---,---,--9	
NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN			
99999999	XXXXXXXXXX	XZ9.Z9	NNNNNN	NNNNNN	---,---,---,--9	---,---,---,--9	
NNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNN	NNNNNN			

		件数	点数	保険者負担額
			食事提供費	
合計	介護給付費	ZZZ,ZZ9	---,---,---,--9	---,---,---,--9
	食事提供費	ZZZ,ZZ9	---,---,---,--9	---,---,---,--9







# 介護給付費等支払決定額通知書

平成12年4月 審査分として下記金額を支払決定し  
右記銀行に送金しますので通知致します。

事業所番号	0410212345
-------	------------

振込金額	10,000,000
------	------------

〒 123-4567  
  
〇〇県××市△△△△△1-2-3  
  
介護事業者  
介護 太郎 様

介護銀行  
  
本店

平成12年 5月 20日  
〇〇県国民健康保険団体連合会

振込金額内訳	
介護給付費支払額	9,800,000
主治医意見書作成料	100,000
認定調査委託料	100,000
合計金額	10,000,000

## 介護給付費支払決定額内訳書

平成12年 6年 10日

平成12年5月審査分

1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

事業所番号	事業所名
0410212345	介護事業所

保険者番号 (公費負担者)	サービス 実施年月	サービス 種類名	審 査 決 定				保険者(公費負担者) 負担金額	備 考
			件 数	日数 (回数) 日 (回)	点 数 点	金 額 (食事提供費) 円 (円)	保険者 介護給付費 (食事提供費負担額)	
00040314	H12.4	居宅介護支援	5	5	1,000	10,000 0	9,000 0	
00043014	H12.4	居宅介護支援	10	10	2,000	20,000 0	18,000 0	
審査決定	介護サービス費	<del> </del>	15	15	3,000	30,000	27,000	
	食事提供費	<del> </del>	0	0	0	0	0	
過誤調整	介護サービス費	<del> </del>	0	0	0	0	0	
	食事提供費	<del> </del>	0	0	0	0	0	
支払決定	介護サービス費	<del> </del>	15	15	3,000	30,000	27,000	
	食事提供費	<del> </del>	0	0	0	0	0	

- ※1. 下段は食事提供費分です。
- ※2. 食事提供費の件数、日数は再掲です。
- ※3. 点数、金額(食事提供費)、保険者介護給付費(食事提供費負担額)の各欄は介護保険給付と公費給付の合算です(生保単独を除く)。
- ※4. 過誤調整の内訳については、介護給付費過誤決定通知書に記載しています。



# お問い合わせについて

インターフェース仕様書（案）「サービス事業所インターフェース編」及び「居宅介護支援事業所インターフェース編」についての各種お問い合わせについては、下記の国保中央会介護システム開発推進室メールアドレスに必要事項を必ず添えてお送り下さい。

なお、メールに質問文書を添付する場合には、Word98で読み込み可能な文書ファイルとさせていただきます。

## 記

### 1. 必要事項

- (1) 社名
- (2) 業種 : サービス事業者、居宅介護支援事業者、ソフト開発業者
- (3) 担当者名
- (4) 電話番号
- (5) FAX番号
- (6) メールアドレス
- (7) 質問
  - ①該当資料名 : 「サービス事業所インターフェース編」  
「居宅介護支援事業所インターフェース編」
  - ②該当ページ番号
  - ③質問内容

### 2. 問い合わせ先

- (1) 送信先アドレス : IF@kaigo.kokuho.or.jp

### 3. 添付文書の例

インターフェース仕様書（案）質問票			
社名			
業種		担当者名	
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
質 問			
資料名		ページ番号	
Q1			
資料名		ページ番号	
Q2			

