介護給付費再審査申立書（例）

介護給付費再審査委員会　殿

事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒□□□－□□□□
連絡先	電話番号

下記の介護給付について、再審査を請求します。　　平成　　年　　月　　日

保険者番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス実施年月	サービス種類コード サービス項目コード	申立点数	申立事由コード	申　立　事　由
		平成　年　月				
		平成　年　月				
		平成　年　月				
		平成　年　月				
		平成　年　月				
		平成　年　月				
		平成　年　月				
		平成　年　月				
		平成　年　月				
		平成　年　月				

介護保険審査決定増減表

事業所番号	9999999999

事業所名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NN Z9年 Z9月審査分

NN Z9 年 Z9 月 Z9 日
ZZZZ9 頁
NNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	サービス実施年月	請求差		返戻		査定増減		保留分		保留復活分		備考
		件数	点数 食事提供費	件数	点数 食事提供費	件数	点数 食事提供費	件数	点数 食事提供費	件数	点数 食事提供費	
99999999	XZ9.Z9			ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
				ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9			ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
				ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9			ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
				ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9			ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
				ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9			ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
				ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9			ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
				ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9			ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
				ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9			ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
				ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9			ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
				ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9			ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
				ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9			ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
				ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	1	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9			ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
				ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
合計		ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	
		ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	----,---,--9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	

※1 この表は請求のあった介護給付費のうち、審査決定に際し、請求書と性急明細書の積上げとの差、返戻、査定増減、保留のあったものについて通知するものです。
※2 保留復活分については、前月まで保留されていたものが、復活したものです。
※3 下段は食事療養費分です。

介護保険審査増減点通知書

NN Z9年 Z9月 Z9日

ZZZZ9 頁

NNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	9999999999

NN Z9年 Z9月審査分

事業所名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス実施年月	サービス種類コード	サービス項目コード	増減点	事由	内容	連絡事項
99999999	XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XZ9.Z9	99	9999	----,---,---	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
99999999	XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XZ9.Z9	99	9999	----,---,---	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
99999999	XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XZ9.Z9	99	9999	----,---,---	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
99999999	XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XZ9.Z9	99	9999	----,---,---	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
99999999	XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XZ9.Z9	99	9999	----,---,---	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
99999999	XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XZ9.Z9	99	9999	----,---,---	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
99999999	XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XZ9.Z9	99	9999	----,---,---	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
99999999	XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XZ9.Z9	99	9999	----,---,---	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
99999999	XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XZ9.Z9	99	9999	----,---,---	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
99999999	XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XZ9.Z9	99	9999	----,---,---	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
99999999	XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XZ9.Z9	99	9999	----,---,---	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
99999999	XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XZ9.Z9	99	9999	----,---,---	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
99999999	XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XZ9.Z9	99	9999	----,---,---	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
99999999	XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XZ9.Z9	99	9999	----,---,---	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
99999999	XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XZ9.Z9	99	9999	----,---,---	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

○事由記号の内容

上限審査分		出来高分	
記号	内容	記号	内容
A	給付管理票に実績が記載されていないもの	C	適応と認められないもの
		D	過剰と認められるもの
		E	重複と認められるもの
B	給付管理票の実績を超えるもの	F	担当規程に反するもの
		G	前記の外、不適当、不必要と認められるもの

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	9999999999

NN Z9年 Z9月審査分

NN Z9年 Z9月 Z9日

ZZZZ9頁

NNNNNNNNNNNNNNN

事業所（保険者）名	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
9999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	XZ9.Z9	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NN
9999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	XZ9.Z9	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NN
9999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	XZ9.Z9	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NN
9999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	XZ9.Z9	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NN
9999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	XZ9.Z9	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NN
9999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	XZ9.Z9	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NN
9999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	XZ9.Z9	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NN
9999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	XZ9.Z9	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NN
9999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	XZ9.Z9	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NN
9999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	XZ9.Z9	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NN
9999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	XZ9.Z9	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NN
9999999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	XZ9.Z9	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	X	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	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。

介護給付費等支払決定額通知書

ＮＮZ9年Z9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	9999999999

振込金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9

〒 999-9999

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ　　様

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

ＮＮZ9年 Z9月 Z9日
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

振込金額内訳	
介護給付費支払額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
主治医意見書作成料	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
認定調査委託料	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9
合計金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9

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

ZZZZ9 頁

NNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	事　業　所　名
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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 件数	日数（回数）日（回）	点数（点）	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
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9 ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9 ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9 ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9 ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9 ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9 ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9 ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9 ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9 ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	
99999999	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9 ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,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	
	食事提供費		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	---,---,---,--9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
	食事提供費		ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9		----,---,---,--9	----,---,---,--9	
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	
	食事提供費		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
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNZ9年Z9月Z9日
ZZZZ9頁
NNNNNNNNNNNNNNN

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 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNNN NNNNNNN	----,---,---,--9	----,---,---,--9	

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

介護給付費再審査決定通知書（NNZ9年Z9月取扱分）

NNZ9年Z9月Z9日
ZZZ9頁
NNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	事業所名
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNN殿からの再審査申立については、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。

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	再審査 申立事由	再審査 結果コード	当初請求点数 原審点数	申立点数	決定点数	調整点数	保険者負担額	備考
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	
99999999 NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XZ9.Z9	NNNNNN NNNNNN	NNNNNN NNNNNN	XX	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	----,---,---,--9	----,---,---,--9	

		再審査申立（請求）			再審査決定			調整		
		件数	点数	保険者負担額	件数	点数	保険者負担額	件数	点数	保険者負担額
合計	介護給付費	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9

介護給付費再審査申立書（例）

事業所番号	0 4 1 0 2 1 2 3 4 5
事業所名称	介護事業所
所在地	〒123－4567 ○○県××市△△△△△1-2-3
連絡先	電話番号　×××－×××－××××

介護給付費再審査委員会　殿

下記の介護給付について、再審査を請求します。　　平成　12年10月15日

保険者番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス実施年月	サービス種類コード サービス項目コード	申立点数	申立事由コード	申　立　事　由
00042077	1120770010 介護　太郎	平成12年　8月	53	120	1234	固定点数の誤り
		平成　年　月				
		平成　年　月				
		平成　年　月				
		平成　年　月				
		平成　年　月				
		平成　年　月				
		平成　年　月				
		平成　年　月				
		平成　年　月				

介護保険審査決定増減表

平成 12年　5月審査分

事業所番号	0410212345

事業所名	介護事業所

平成 12 年　6 月 10 日

1 頁

○○県国民健康保険団体連合会

保険者番号	サービス実施年月	請求差		返戻		査定増減		保留分		保留復活分		備考
		件数	点数 食事提供費	件数	点数 食事提供費	件数	点数 食事提供費	件数	点数 食事提供費	件数	点数 食事提供費	
00042034	H12. 4			2 1	1,000 500	2 1	1,000 500	2 1	1,000 500	2 1	1,000 500	
00042077	H12. 4			2 1	1,000 500	2 1	1,000 500	2 1	1,000 500	2 1	1,000 500	
00043014	H12. 4			2 1	1,000 500	2 1	1,000 500	2 1	1,000 500	2 1	1,000 500	
合計		24 12	12,000 6,000	6 3	3,000 1,500	6 3	3,000 1,500	6 3	3,000 1,500	6 3	3,000 1,500	

※1　この表は請求のあった介護報酬のうち、審査決定に際し、請求書と性急明細書の積上げとの差、返戻、査定増減、保留のあったものについて通知するものです。
※2　保留復活分については、前月まで保留されていたものが、復活したものです。
※3　下段は食事療養費分です。

介護保険審査増減点通知書

平成 12年 10月 11日

1 頁

○○県国民健康保険団体連合会
○○県介護給付費審査委員会

事業所番号	0410212345

事業所名	介護事業所

平成 12年 9月審査分

保険者番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス実施年月	サービス種類コード	サービス項目コード	増減点	事由	内容	連絡事項
00042077	1420770010 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H12. 8	11	1111	-100	B	給付管理票の実績を超えるもの 確定点数（ １０００点）、請求点数（ １１００点）	
00042077	1420770020 ｶｲｺﾞ ﾊﾅｺ	H12. 8	12	1111				
00042077	1420770020 ｶｲｺﾞ ﾊﾅｺ	H12. 8	12	1112				
00042077	1420770020 ｶｲｺﾞ ﾊﾅｺ	H12. 8	12	1211	-300	B	給付管理票の実績を超えるもの 確定点数（ １８００点）、請求点数（ ２１００点）	

○事由記号の内容

上限審査分		出来高分	
記号	内容	記号	内容
A	給付管理票に実績が記載されていないもの	C	適応と認められないもの
		D	過剰と認められるもの
		E	重複と認められるもの
B	給付管理票の実績を超えるもの	F	担当規程に反するもの
		G	前記の外、不適当、不必要と認められるもの

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	04102123345
事業所（保険者）名	介護事業所

平成 12年　9月審査分

平成 12年 10月 11日

1頁
○○県国民健康保険団体連合会

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
00040314 △△町	1430140030 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	請	H12. 8	11	500	A	項目の記述に誤りがあります	
00043014 △△町	1430140040 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	請	H12. 8	11	480	C	給付管理票が提出されていません	保留

※　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所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

○○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
○○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

1 頁

平成12年5月審査分

○○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 件数	日数（回数）日（回）	点数 点	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
00040314	H12.4	訪問看護	5	5	1,000	10,000	9,000	
						0	0	
00043014	H12.4	介護療養施設	10	10	30,000	300,000	270,000	
			10	10		40,000	36,000	
審査決定	介護サービス費		15	15	31,000	310,000	279,000	
	食事提供費		10	10		40,000	36,000	
過誤調整	介護サービス費		0	0	0	0	0	
	食事提供費		0	0	0	0	0	
支払決定	介護サービス費		15	15	31,000	310,000	279,000	
	食事提供費		10	10	0	40,000	36,000	

※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（平成12年10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
041021345	介護事業所

平成12年11月20日
1頁
○○県国民健康保険団体連合会

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
00040314	1120770010	H12.8	介護療養施設サービス	請求誤り	-130	-117	
△△町	介護　太郎						

		件数	点数 食事提供費	保険者負担額
合計	介護給付費	1	-130	-117
	食事提供費	0	0	0

介護給付費再審査決定通知書（平成12年10月取扱分）

平成12年11月20日
1頁
○○県国民健康保険団体連合会
○○県介護給付費審査委員会

事業所番号	事業所名
0410212345	介護事業所

事業者殿からの再審査申立については、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。

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	再審査 申立事由	再審査 結果コード	当初請求点数 原審点数	申立点数	決定点数	調整点数	保険者負担額	備考
00040314 △△町	1120770010 介護　太郎	H12.8	介護療養施設サービス	固定点数の誤り	01	10,000 8,000	120	120	120	108	

		再審査申立（請求）			再審査決定			調整		
		件数	点数	保険者負担額	件数	点数	保険者負担額	件数	点数	保険者負担額
合計	介護給付費	1	120	108	1	120	108	1	120	108

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フェース編」及び「居宅介護支援事業所インタフェース編」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フェース編」
「居宅介護支援事業所インタフェース編」

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			