

新規事業所向け 介護保険請求ガイド

2021年4月作成

栃木県国民健康保険団体連合会

目次

1. 「介護給付費等の請求及び受領に関する届」の提出	1
2. 「介護給付費等の請求及び受領に関する届」の記載要領	2
3. 介護報酬の請求および受付等	4
4. 請求方法ごとの留意点	5
5. 決定通知等の送付および支払	6
6. 届および請求の提出先	7
付録 「介護給付費等の請求及び受領に関する届」の記載例	8

1. 「介護給付費等の請求及び受領に関する届」の提出

介護保険制度において、栃木県国民健康保険団体連合会（以下、「本会」という。）は保険者（市町村）から委託を受け、介護保険法第 176 条に基づき介護給付費等の審査ならびに支払を行っております。

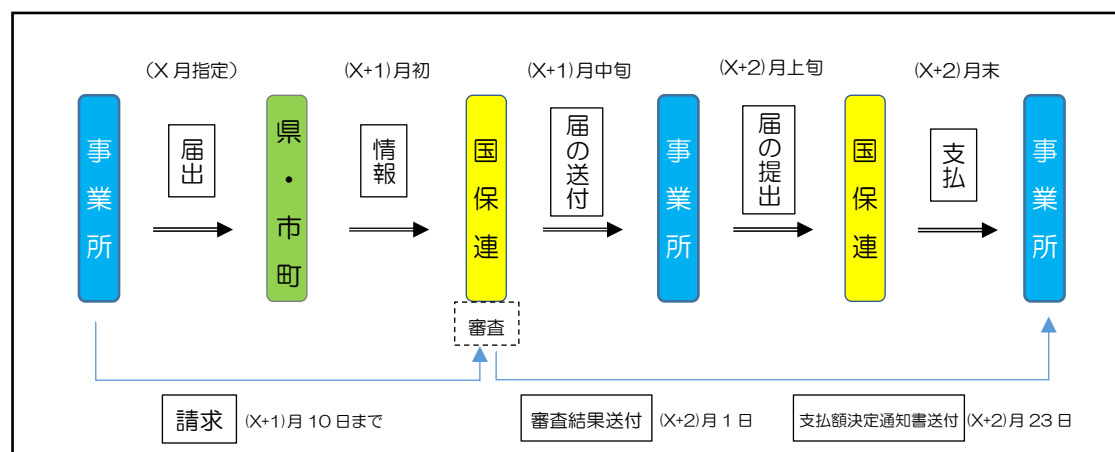
介護報酬等に係る請求を本会で受付する際には請求方法に関する情報が、審査を経て支払を行う際には振込先口座情報がそれぞれ必要となります。

新規指定を受けますと、本会では翌月初に県又は宇都宮市から指定情報をいただきます。その情報をもとに、請求及び審査支払に必要な書類「介護給付費等の請求及び受領に関する届（以下「届」という）」を送付しますので、速やかに下記書類を提出してください。

○新規開設の場合

提出書類	
1	「介護給付費等の請求及び受領に関する届」
2	振込先通帳の表紙と表紙裏（カタカナの口座名義人が記載されているページ）の写し ※通帳がない場合はそれに代わるもの
3	委任状（請求者または口座名義人が開設者と異なる場合）

【指定から支払いまでの流れ】



また、届出た内容に変更が生じた場合には、本会あてご連絡をいただく事で届を送付しますので、速やかに届を提出してください。

2. 「介護給付費等の請求及び受領に関する届」の記載要領

国保連→事業所										
介護給付費等の請求及び受領に関する届										
年 月 日 提出										
栃木県国民健康保険団体連合会										
理事長 ○○ ○○ 様			開設者		住所			(1)		
					氏名			(印)		
介護給付費等の請求及び受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。										
事業所番号										
法人種別				経営主体						連合会使用欄
フリガナ	(2)			郵便番号	(2)					
(請求先)事業所名称				TEL						
				FAX						
フリガナ				振込先	(3)					
所在地				支店名						
				口座番号 1:普通 2:当座 9:その他						
フリガナ				フリガナ						
請求者				(口座名義人)受領者						
	届出理由			異動年月			旧事業所番号			
1	新設			(4)			(5) 年 月請求分より			
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	振込銀行及び口座番号の変更									
5	その他()									
請求媒体	(7)			<input type="checkbox"/> 伝送(インターネット)			<input type="checkbox"/> 磁気(FD/CD-R)			
備考	(8)									
注1) 裏面の発行番号にて管理しますので、提出の際はコピーではなく原本を送付してください。										
注2) 通帳の表紙及び見開きページ(口座名義人がカナで記載されている部分)の写しを添付してください。										

各項目の説明 [○：必須項目 △：該当の場合 ×：不要]

	項目 〈前項の(1)～(7)〉	新規 届出	変更 届出	記載要領	
(1)	提出日			提出する日	
	開設者	○	○	県（または市町）に届け出た開設者の住所、氏名、実印の押印 ※変更届出の場合、新規届出を作成した際に使用した印を押印。	
(2)	事業 所 情 報	法人種別	×	×	記入不要
		経営主体	×	×	記入不要
		事業所名称	○	○	事業所名称（フリガナ必須）
		所在地			事業所の所在地（フリガナ必須）
		請求者	○	△	開設者等の役職名及び氏名
		郵便番号	○	○	事業所の郵便番号
		TEL・FAX			事業所の電話番号（市外局番から）
(3)	振 込 先 情 報	振込先	○	△	通帳に記載のある金融機関名、4桁の金融機関番号
		支店名			通帳に記載のある支店名、3桁の支店番号
		口座番号			通帳に記載のある預金種目の該当番号を○で囲む。 口座番号を右詰めで記入。7ケタに満たない場合は、前に0を付す。
		フリガナ			通帳の表紙裏に記載のある口座名義人のフリガナ（必須）
		(口座名義人) 受領者			通帳に記載のある口座名義人
		※カタカナの口座名義人及び振込先情報の確認のため、通帳の表紙と表紙裏（カタカナの口座名義人が記載されているページ）のコピーを、通帳がない場合はそれに代わるものを添付。			
(4)	届出理由	×	×	記入不要	
(5)	異動年月	○	○	新規届出の場合、国保連合会へ請求を開始する年月 変更届出の場合、振込口座等を変更する年月	
(6)	旧事業所番号	×	×	記入不要	
(7)	請求媒体	○	△	介護給付費等（主治医意見書作成料請求書は除く）の請求媒体について、該当に☑ ※主治医意見書作成料請求書（紙）のみの請求の場合は、「磁気（FD/CD-R）」を選択	
(8)	備考	△	△	捨印の押印（任意） ※備考欄に捨印の押印がある場合は、電話連絡の上、本会にて微細な誤記等の訂正を行います。微細な誤記等があって、捨印の押印がない場合は返送させていただきます。	

【添付書類】（以下に該当する場合は提出してください）

- ・ 通帳の写し … 新規届出の場合及び振込先情報に関する変更届出の場合
- ・ 委任状 … 請求者または口座名義人が開設者と異なる場合
（委任者の押印は「介護給付費等の請求及び受領に関する届」と同じ印）
- ・ 印鑑証明書 … 変更届出において、新規届出を作成した際に使用した印での押印が不可能な場合（実印の押印とともに添付）

※提出後、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。

※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. 介護報酬の請求および受付等

(1) 提出方法等

- 請求は事業所番号ごとの提出となります。同一事業所でも、事業所番号が変更になった場合、変更前と変更後の事業所番号でそれぞれ分けて請求してください。また、同一月において請求方法が混在すること（伝送と磁気媒体）は原則不可となります。
- 提出された請求データの差し替えは原則できませんので、提出前によく確認してから提出してください。また、一度提出された磁気媒体の返却はいたしませんので、ご了承ください。
- 内容についての確認または媒体不良等による再提出をお願いすることがありますので、データのコピー等をお手元に残すようにしてください。

(2) 受付期間および受付時間

○電子請求（伝送）

受付期間	毎月1日～10日（土曜日・日曜日・祝祭日を含む）
受付時間	午前8時30分～午後11時59分

○郵送等（磁気媒体 ※1）

受付期間	毎月1日～10日必着 （土曜日、日曜日、祝祭日の場合はその前日）
------	-------------------------------------

○本会持参（磁気媒体 ※1）

受付期間	毎月1日～10日の平日 ※2
受付時間	午前8時30分～午後5時15分

※1：介護保険の請求とわかるよう封筒・媒体などに「介護」と明記してください。

※2：本会ホームページ掲載「各種日程表」内の「介護給付費明細書等受付締切日程表」及び「介護給付費明細書等休日等受付予定日」をご確認ください。

4. 請求方法ごとの留意点

(1) 電子請求（伝送）で使用する ID/仮パスワードについて

【新規開設事業所】

事業所情報が本会保有の台帳に登録されるのは指定年月日の翌月上旬となります。
 台帳登録後に本会から送付した届が返送されてから ID/仮パスワードを発行するため、
 事業所に ID/仮パスワードが届くのは指定年月日の翌月中旬～下旬となります。
 そのため、電子請求が可能となるのは指定年月日の翌々月からとなります。
 指定年月日の翌月は磁気媒体（FD・CD）で請求してください。

【請求方法を変更する場合】

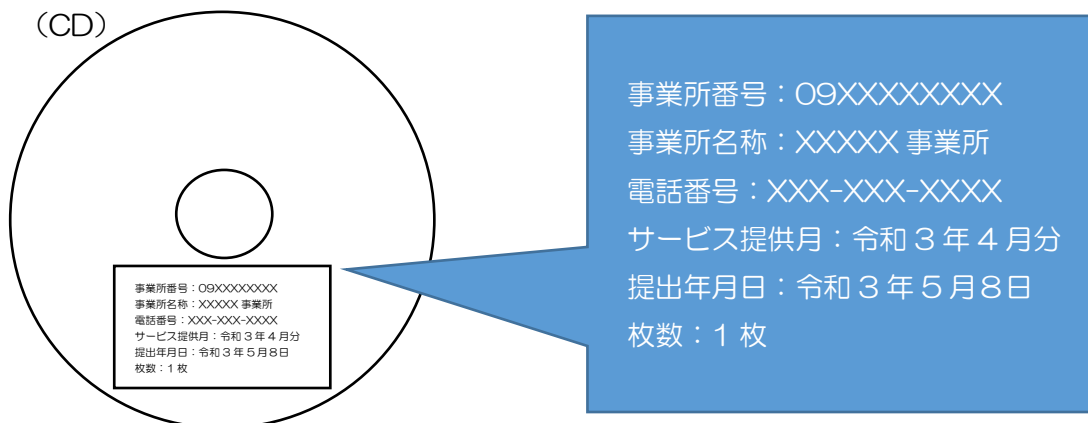
磁気媒体（FD・CD）から電子請求に変更する場合、本会あてご連絡をいただく事で届を送付します。届を提出後に本会より ID/仮パスワードを発行します。
 事業所に ID/仮パスワードが届いた後、事業所での準備が整い次第電子請求が可能となります。
 なお、届をご提出いただいて以降、本会より可能な限り速やかに ID/仮パスワードを発行いたしますが、届の提出日によっては発行が遅れることがあります。

(例)

	令和3年4月	令和3年5月請求	令和3年6月請求
新規	指定	磁気媒体	電子請求が可能
変更	—	電子請求が可能	電子請求が可能

(2) 磁気媒体（FD・CD）に記入する事項について

媒体本体に下記のようなラベルを貼付または直接記入してください。



5. 決定通知等の送付および支払

(1) 決定通知書等について

決定通知書等は、伝送で請求の事業所へは電子データを送信、磁気媒体で請求の事業所へは紙帳票を郵送します。

詳細は本会ホームページに掲載「各種日程表」内の「介護給付費等審査結果等送付予定日及び振込日一覧表」を確認してください。

	通 知 書 名	送付基準日
支払決定額内訳	<ul style="list-style-type: none"> 介護給付費等支払決定額内訳書 介護予防・日常生活支援総合事業費支払決定額内訳書 	請求月の翌月 1 日
返戻関係	<ul style="list-style-type: none"> 請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表 介護予防・日常生活支援総合事業請求明細書返戻（保留）一覧表 	
過誤関係	<ul style="list-style-type: none"> 介護給付費過誤決定通知書 介護予防・日常生活支援総合事業費過誤決定通知書情報 	
再審査関係	<ul style="list-style-type: none"> 介護給付費再審査決定通知書 介護予防・日常生活支援総合事業費再審査決定通知書情報 	
増減関係	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険審査増減単位数通知書 介護予防・日常生活支援総合事業審査増減単位数通知書 	
処遇改善関係	<ul style="list-style-type: none"> 介護職員処遇改善加算総額のお知らせ 介護職員処遇改善加算内訳のお知らせ 	
決定額通知	<ul style="list-style-type: none"> 介護給付費等支払決定額通知書 	請求月の翌月 23 日
主治医関係	<ul style="list-style-type: none"> 主治医意見書料支払明細一覧表 	

※伝送事業所の場合、伝送ソフトのほか、介護電子請求受付システムよりダウンロードできます。（15時から順次配信）

(2) 支払いについて

介護給付費等支払決定通知書および主治医意見書料支払明細一覧表に基づく口座振込日は、毎月末が基準日です。

月末日が、土曜日、日曜日、祝祭日の場合は前営業日になります。

詳細は本会ホームページに掲載「各種日程表」内の「介護給付費等審査結果等送付予定日及び振込日一覧表」を確認してください。

6. 届および請求明細書等の提出先

〒320-0033

栃木県宇都宮市本町 3-9 栃木県本町合同ビル 6 階

栃木県国民健康保険団体連合会 介護福祉課

TEL 028-643-5400

URL <http://tochigi-kokuho.jp/>



車でお越しになる方は右記の 2 ヶ所の駐車がご利用になれます。

駐車料金の無料処理を施しますので、駐車券をご持参下さい。(平日及び土曜日のみ)

なお、「栃木県本町合同ビル駐車場」につきましては、駐車台数が 28 台と少ないので、満車の場合は、「栃の実駐車場」をご利用下さい。



付録

「介護給付費等の請求及び受領に関する届」の記載例

【新規開設事業所の場合】 ※黒ボールペンで記載してください。

国保連→事業所												
介護給付費等の請求及び受領に関する届												
令和〇年〇月〇日 提出												
栃木県国民健康保険団体連合会												
理事長 ○ ○ ○ ○ 様				開設者		住所		栃木県〇市△町 1-2-3				
				氏名		介護 太郎		印				
介護給付費等の請求及び受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。												
事業所番号	09XXXXXXXX											
法人種別		経営主体									連合会使用欄	
フリガナ	マルマルカイゴサービス			郵便番号	320-XXXX							
(請求)事業所名称	〇〇介護サービス			TEL	028-XXX-XXXX							
				FAX	028-XXX-XXXX							
フリガナ	トチギケン マルシ サンカクマチ			振込先	0	1	X	X	〇〇〇			銀行 信託銀行 信用金庫 農協
所在地	栃木県〇市△町 1-2-3			支店名	0	0	X	△△△			本店 支店	
				口座番号	①普通 2:当座 9:その他	1	2	3	4	5	X	X
フリガナ	カイゴ タロウ			フリガナ	マルマルカイゴサービス カイゴ タロウ							
請求者	介護 太郎			(口座名義人)受領者	〇〇介護サービス 介護 太郎							
	届出理由			異動年月				旧事業所番号				
①	新設			令和3年4月請求分より				※摘要				
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	振込銀行及び口座番号の変更											
5	その他()											
請求媒体	<input checked="" type="checkbox"/> 伝送(インターネット) <input type="checkbox"/> 磁気(FD/CD-R)											
備考	捨印											
注1) 裏面の発行番号にて管理しますので、提出の際はコピーではなく原本を送付してください。 注2) 通帳の表紙及び見開きページ(口座名義人がカナで記載されている部分)の写しを添付してください。												