

介護給付費過誤依頼書

同月過誤

(宛先) 今治市長

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒 -
連絡先	TEL () -
担当者名	

下記の介護給付について、過誤申し立てを依頼します。 (枚目 / 枚中)

番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供月	様式 番号	申立 理由 番号	申立理由	再請求 の有無	単位数	給付管理票の修正 (該当サービスのみのみ)
1		年 月				☐有☐無	☐増☐減	☐無☐済 ☐今後 (月上旬)
2		年 月				☐有☐無	☐増☐減	☐無☐済 ☐今後 (月上旬)
3		年 月				☐有☐無	☐増☐減	☐無☐済 ☐今後 (月上旬)
4		年 月				☐有☐無	☐増☐減	☐無☐済 ☐今後 (月上旬)
5		年 月				☐有☐無	☐増☐減	☐無☐済 ☐今後 (月上旬)
6		年 月				☐有☐無	☐増☐減	☐無☐済 ☐今後 (月上旬)
7		年 月				☐有☐無	☐増☐減	☐無☐済 ☐今後 (月上旬)
8		年 月				☐有☐無	☐増☐減	☐無☐済 ☐今後 (月上旬)
9		年 月				☐有☐無	☐増☐減	☐無☐済 ☐今後 (月上旬)
10		年 月				☐有☐無	☐増☐減	☐無☐済 ☐今後 (月上旬)

【記載要領】 **被保険者番号順に記載してください。**
「利用者負担額の増減」欄については、負担額に増減がない場合は記載不要です。

【提出期限】 同月過誤 毎月末日（末日が土日祝日の場合は、その前日）
通常過誤 毎月17日（17日が土日祝日の場合は、その前日）

介護給付費過誤依頼書

通常過誤

(宛先) 今治市長

[illegible]

下記の介護給付について、過誤申し立てを依頼します。

(枚目 / 枚中)

番号	被保険者番号												サービス提供月	様式 番号	申立 理由 番号	申立理由	再請求 の有無	単位数	給付管理票の修正 (該当サービスののみ)		
	被保険者氏名																				
1													年 月						☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	☐ 無 ☐ 済 ☐ 今後 (月上旬)
2													年 月						☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	☐ 無 ☐ 済 ☐ 今後 (月上旬)
3													年 月						☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	☐ 無 ☐ 済 ☐ 今後 (月上旬)
4													年 月						☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	☐ 無 ☐ 済 ☐ 今後 (月上旬)
5													年 月						☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	☐ 無 ☐ 済 ☐ 今後 (月上旬)
6													年 月						☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	☐ 無 ☐ 済 ☐ 今後 (月上旬)
7													年 月						☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	☐ 無 ☐ 済 ☐ 今後 (月上旬)
8													年 月						☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	☐ 無 ☐ 済 ☐ 今後 (月上旬)
9													年 月						☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	☐ 無 ☐ 済 ☐ 今後 (月上旬)
10													年 月						☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	☐ 無 ☐ 済 ☐ 今後 (月上旬)

【記載要領】 被保険者番号順に記載してください。

「利用者負担額の増減」欄については、負担額に増減がない場合は記載不要です。

【提出期限】 同月過誤 毎月末日（末日が土日祝日の場合は、その前日）

通常過誤 毎月17日（17日が土日祝日の場合は、その前日）

記入例

介護給付費過誤依頼書

同月過誤

希望する過誤種別に合わせた様式をご利用ください。

(宛先) 今治市長

事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 △
事業所名	訪問介護事業所 △△
所在地	〒 79△ - △△△△ 今治市△△町△丁目△-△
連絡先	TEL (089△) △△ - △△△△
担当者名	今治 太郎

再請求の予定がある場合は「有」に、取り下げのみの場合は「無」にチェックを入れてください。

(1 枚目 / 2 枚中)

下記の介護給付について、

理由欄はどのように誤ったのか分かるように記入してください。

番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供月	様式 番号	申請 理由 番号	申立理由	再請求 の有無	単位数	給付管理票の修正 (該当サービスのみ)
1	●●●●●●●●●● 1 介護 太郎	平成 31 年 4 月	1 0 1 2	〇〇加算の算定回数誤りのため	☒ 有 ☒ 増 ☐ 無 ☒ 済 ☐ 無 ☐ 減 ☐ 今後 (月 月上旬)			
2	●●●●●●●●●● 1 介護 太郎	平成 31 年 5 月	1 0 1 2	〇△減算の算定漏れ	☒ 有 ☐ 増 ☐ 無 ☐ 済 ☐ 無 ☒ 減 ☒ 今後 (4 月 月上旬)			
3	●●●●●●●●●● 2 介護 花子	令和 元年 10 月	1 0 1 2	サービス提供回数を1回分少なく請求していたため	☒ 有 ☒ 増 ☒ 無 ☐ 済 ☐ 無 ☐ 減 ☐ 今後 (月 月上旬)			
4	●●●●●●●●●● 2 介護 花子	平成 元年 11 月	1 0 1 2	11月から生活保護となったため(公費請求漏れ)	☒ 有 ☐ 増 ☐ 無 ☐ 済 ☐ 無 ☐ 減 ☐ 今後 (月 月上旬)			
5	●●●●●●●●●● 3 介護 次郎	平成 31 年 3 月	1 0 1 2	サービスの利用がないにもかかわらず算定していたため	☐ 有 ☐ 増 ☐ 無 ☐ 済 ☒ 無 ☒ 減 ☒ 今後 (4 月 月上旬)			
6		月			<該当サービスのみ> 給付管理票の修正について、当てはまるものにチェックを入れてください(修正が不要の場合は「無」)。 給付管理票の修正が必要な場合で、過誤処理と併せて修正を行う場合は、修正を行う月を記入してください。 ※ 過誤処理と給付管理票の修正は、同じ月に行えません。 ※ 例えば、3月同月過誤(2月末までに過誤依頼書を受付)の場合、3月1日～10日の間で給付管理票の修正は行えませんので、 居宅介護支援事業所等との連携を図るようにしてください。			
7		平成 年 月						
8		平成 年 月						
9		平成 年 月						
10		平成 年 月						

被保険者番号の若い順に記載してください。

国保連の審査がすでに通ったものしか過誤申立できません。

【記載要領】 被保険者番号順に記載してください。

「利用者負担額の増減」欄については、負担額に増減がない場合は記載不要です。

【提出期限】 同月過誤 毎月末日 (末日が土日祝日の場合は、その前日)

通常過誤 毎月17日(17日が土日祝日の場合は、その前日)

様式番号・申立理由番号表

番号記載要領

様式番号	申立理由番号

【様式番号】

介護給付と予防給付の記載誤りに注意してください。

【申立理由番号】

過誤種別(同月過誤・通常過誤)によって番号が異なります。記載誤りに注意してください。

【様式番号】

介護給付		予防給付	
様式番号	サービス種類	様式番号	サービス種類
10	訪問介護	11	介護予防訪問介護
	訪問入浴介護		介護予防訪問入浴介護
	訪問看護		介護予防訪問看護
	訪問リハビリテーション		介護予防訪問リハビリテーション
	通所介護		介護予防通所介護
	通所リハビリテーション		介護予防通所リハビリテーション
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
	夜間対応型訪問介護		
	認知症対応型通所介護		介護予防認知症対応型通所介護
	小規模多機能型居宅介護		介護予防小規模多機能型居宅介護
	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)		
	地域密着型通所介護		
	福祉用具貸与		介護予防福祉用具貸与
	居宅療養管理指導		介護予防居宅療養管理指導
21	短期入所生活介護	24	介護予防短期入所生活介護
22	短期入所療養介護(介護老人保険施設)	25	介護予防短期入所療養介護(介護老人保険施設)
2A	短期入所療養介護(介護医療院)	2B	介護予防短期入所療養介護(介護医療院)
23	短期入所療養介護(病院・診療所)	26	介護予防短期入所療養介護(病院・診療所)
30	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	31	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)
32	特定施設入居者生活介護	33	介護予防特定施設入居者生活介護
	地域密着型特定施設入居者生活介護		
34	認知症対応型共同生活介護(短期利用)	35	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用)
40	居宅介護支援	41	介護予防支援
50	介護老人福祉施設		
	地域密着型介護老人福祉施設		
60	介護老人保健施設		
61	介護医療院		
70	介護療養型医療施設		

【申立理由番号】

同月過誤の場合		通常過誤の場合	
申立理由番号	申立理由	申立理由番号	申立理由
12	請求誤りによる実績取り下げ	02	請求誤りによる実績取り下げ
49	適正化(その他)による保険者申立の過誤取り下げ	42	適正化(その他)による保険者申立の過誤取り下げ
4A	適正化(ケアプラン点検)による保険者申立の過誤取り下げ	43	適正化(ケアプラン点検)による保険者申立の過誤取り下げ
4B	適正化(介護給付費通知)による保険者申立の過誤取り下げ	44	適正化(介護給付費通知)による保険者申立の過誤取り下げ
4C	適正化(医療突合)による保険者申立の過誤取り下げ	45	適正化(医療突合)による保険者申立の過誤取り下げ
4D	適正化(縦覧点検)による保険者申立の過誤取り下げ	46	適正化(縦覧点検)による保険者申立の過誤取り下げ
4E	適正化(給付実績を活用した情報提供)による保険者申立の過誤取り下げ	47	適正化(給付実績を活用した情報提供)による保険者申立の過誤取り下げ
69	不正請求による実績取り下げ	62	不正請求による実績取り下げ
		99	その他の事由による実績取り下げ

同月過誤と通常過誤について

過誤とは、対象となる給付の実績全てを取り消す処理のことです。
その月の支払い決定額は、取り消し分を差し引いたものになります。
(給付実績の一部を取り消すものではありません。)

同月過誤

給付実績の取り下げと再請求を同じ月に行うことができます。
同月中に行うことにより、差額分だけの調整(相殺処理)を行い、事業所の負担を軽減します。

(例)同月過誤の流れ

サービス提供月	事業所→国保連		国保連→事業所		事業所→市		市→国保連	事業所→国保連	
	請求		通知書 発送		過誤依頼 提出		過誤データ 送信 (3月同月)	再請求	
	10日		末日頃		月末		2日	10日	
12月	1月			2月			3月		

【提出期限】 再請求する月の前月末日（末日が土日祝日の場合は、その前日）
(翌月の同月過誤として市→国保連合会へ送信します。)

通常過誤

給付実績の取り下げのみを行います。
(再請求がある場合は、取り下げが確定した後に国保連合会に再請求を行います。)
支払決定額は各月審査ごとに確定します。

(例)通常過誤の流れ

サービス提供月	事業所→国保連		国保連→事業所		事業所→市		市→国保連	事業所→国保連		
	請求		通知書 発送		過誤依頼 提出		過誤データ 送信 (2月通常)		再請求	
	10日		末日頃		17日		20日		10日	
12月	1月			2月			3月			

【提出期限】 17日(17日が休日の場合は、その直前の平日)締め切り
(当月の通常過誤として市→国保連合会へ送信します。)

過誤申立書記載注意事項

- ・被保険者番号順に記載してください。
- ・様式番号・申立理由番号については、別紙「様式番号・申立理由番号表」を参照してください。
- ・「利用者負担額の増減」欄については、負担額に増減がない場合は記載不要です。
(単位数の変更がない場合、サービス種類が居宅介護(介護予防)支援である場合など)