記 入 例

様式1

令和6年11月1日

八女市長　様

事業所番号	4000000000
事業所名	八女ヘルパーステーション
代表者	八女　太郎
連絡先	0943－23－2545
担当者名	八女　花子

過誤の担当者につながりやすい電話番号をお願いします。

保険請求額（9～7割分）全額を記入

誤申立依頼書の提出について

標記につき　記のとおり提出します。

記

件数	誤請求金額計 （A）	正請求金額計 （B）	差額 （A）－（B）	再請求予定年月
30	351,574	284,657	66,917	令和6年12月

※金額は、円単位で記入してください。

提出書類：介護給付費請求書・明細書の取消依頼について（様式2-1又は様式2-2）　30枚

介護給付費に関する請求誤り結果報告書（内訳）（様式3）　3枚

国保連合会に提出した介護給付費明細書の写し　30部

取消予定の誤って請求していた時の明細書の写しに、訂正箇所をマーカー等で明らかにしてご提出ください。

記 入 例

様式2－1

件数が多い時には様式２－２をお使いください

取消依頼を提出する年月日を記入してください

令和6年11月1日

八女市長　様

事業者番号	
事業者名称	
代表者名	
連絡先	
担当者名	

（介護給付費請求書／介護給付費明細書）の取消依頼について

下記の被保険者分につき、介護報酬の請求に係る提出書類の取消を依頼いたします。

記

被保険者証に記載された保険者番号・被保険者番号及び被保険者氏名を記入してください

国保連合会に当該請求書の提出を行った年月を記入してください

様式第二号から様式第十の該当するいずれかを記入してください

過誤申立事由から該当するコードを記入してください

過誤理由（例）を参照してください

証記載保険者番号	
被保険者番号	
被保険者氏名	
サービス提供年月	年　月　分
請求年月	年　月
明細書様式	様式第　号
申立事由コード	
取消事由	

※取消依頼を提出するにあたっては、国保連合会に提出した介護給付費明細書（伝送・磁気での提出の場合は印刷したもの）の写しを添付のうえ過誤の箇所にマーキングして提出してください。

※取消を行う給付費について、国保連合会から入金が行われているか、必ず確認してください。

※取消依頼書を提出すると、給付明細書に記載されているものについて全金額が取り消しとなります（過誤の箇所だけ取り消される訳ではありません）のでご注意ください。

様式2－2

記 入 例

令和6年11月1日

八女市長　様

「様式2-2」については、取消の件数が多い場合に使用してください。
表内については、「取消依頼について」に準じて記入してください。

事業所番号										
事業所名称										
代表者名										
連絡先										
担当者名										

介護給付費請求書・介護給付費明細書の取消依頼について

下記の被保険者分につき、介護報酬の請求に係る提出書類の取消を依頼いたします。

記

過誤申立事由から該当するコードを記入してください

No.	証記載保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	請求年月	明細書様式	申立事由コード	取消事由
1	402107			年　月	年　月	様式第　号		
2				年　月	年　月	様式第　号		
3				年　月	年　月	様式第　号		
4				年　月	年　月	様式第　号		
5				年　月	年　月	様式第　号		
6				年　月	年　月	様式第　号		
7				年　月	年　月	様式第　号		
8				年　月	年　月	様式第　号		
9				年　月	年　月	様式第　号		
10				年　月	年　月	様式第　号		

被保険者証に記載された保険者番号・被保険者番号及び被保険者氏名を記入してください

国保連合会に当該請求書の提出を行った年月を記入してください

様式第二号から様式第十号の該当するいずれかを記入してください

過誤理由（例）を参照してください

※取消依頼書を提出すると、給付明細書に記載されているものについて全金額が取り消しとなります（過誤の箇所だけ取り消される訳ではありません）のでご注意ください。

※取消依頼を提出するにあたっては、国保連合会に提出した介護給付費明細書（伝送・磁気での提出の場合は印刷したもの）の写しを添付のうえ、過誤の箇所にマーキングして提出してください。
※取消を行う給付費について、国保連合会から入金が行われているか、必ず確認してください。

介護給付費に関する請求誤り結果報告書（内訳）

記 入 例

様式３

事業所番号：4000000000　事業所名：八女ヘルパーステーション　報告日：令和6年11月1日

被保険者番号	被保険者名	算定誤りの内容	サービス月		保険請求額	公費請求額	利用者負担額	総費用額	備　考
0000001234	八女　一郎	サービス回数の誤り	令和6年8月	誤	36,1[illegible]8	0	4,022	40,220	
				正	31,6[illegible]	0	3,517	35,170	
				返還額	4,5[illegible]	0	505	5,050	
				誤				0	
				正				0	
				返還額			0	0	
				誤				0	
				正				0	
				返還額			0	0	
				誤				0	
				正				0	
				返還額	0	0	0	0	
				誤				0	
				正				0	
				返還額	0	0	0	0	
				誤				0	
				正				0	
				返還額	0	0	0	0	
				誤				0	
				正				0	
				返還額	0	0	0	0	
				誤				0	
				正				0	
				返還額	0	0	0	0	
				誤				0	
				正				0	
				返還額	0	0	0	0	
				誤				0	
				正				0	
				返還額	0	0	0	0	
合　計				誤	36,198	0	4,022	40,220	
				正	31,653	0	3,517	35,170	
				返還額	4,545	0	505	5,050	

過誤理由（例）を参照のこと。

保険請求額（9～7割分）
全額を記入

過誤申立理由記入例

記入例

- 居宅支援介護給付費を減算請求していなかった
- サービス利用がないのに居宅支援介護給付費を請求していた
- サービス回数の誤り
- 公費があるのに請求していなかった
- 生活保護変更により本人支払額の変更があった
- サービス提供時間の誤り
- サービス利用時間の誤り
- 送迎加算の誤り
- 機能訓練加算の誤り
- 訪問入浴で部分清拭しかしていないのに入浴で請求していた
- 福祉用具貸与で請求金額を誤って請求していた
- 入院中なのに請求（施設請求）
- 入院中なのに請求（居宅費）
- 看護職員の人員基準不足による減算をしていなかった

※なお、実地指導や自主点検、ヒアリングに係るものについては、上記の理由と共に
その旨を併記してください。