

通常・同月

※通常か同月のどちらかを○で囲んでください。

介護給付費明細書等 返戻依頼書

吹田市長 宛

下記の者の介護報酬等について、国民健康保険団体連合会に請求をしましたが、下記理由により、請求に誤りがありましたので、介護給付費明細書等の返戻を国民健康保険団体連合会へ依頼していただきたくお願いします。

令和 年 月 日

事業所番号			
事業所名		担当者	
所在地	TEL		

被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月 (西暦)	返戻申立明細書種類		返戻申立理由	
		番 号	サービス種類	番 号	返戻種類
000	20 年 月				02. 請求誤りによる 99. その他
000	20 年 月				02. 請求誤りによる 99. その他
000	20 年 月				02. 請求誤りによる 99. その他
000	20 年 月				02. 請求誤りによる 99. その他
000	20 年 月				02. 請求誤りによる 99. その他



帳票ID	001	受付日	令和 年 月 日
------	-----	-----	----------

通常 同月

記入例

被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月 (西暦)	返戻申立明細書種類 番 号	返戻申立理由 番 号
0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 吹 田 太 郎	2 0 2 3 年 1 1 月	1 0	訪問介護
			0 2
			02. 請求誤りによる 99. その他

☐ 国保連の審査を終えて、給付決定しているものであるか、ご確認ください。

☐ 申請区分(通常過誤、同月過誤)を必ず明記してください。

通常過誤・・・給付実績の取り下げのみを行うものです。当該請求について正しい請求をする必要がある場合には、国保連合会から送付される「介護給付費過誤決定通知書」を確認してから再請求を行ってください。提出期限：毎月10日(10日が閉庁の場合は直前の開庁日)まで。

同月過誤・・・同月過誤は、給付実績の取り下げと再請求を同一月内に行い、誤請求の差額のみ調整するものです。同月過誤の申し出を依頼した翌月に再請求されないと通常過誤と同じ取り扱いになりますのでご注意ください。提出期限：毎月月末(月末が閉庁の場合は直前の開庁日)まで。

☐ 返戻申立明細書種類には下記種類を記入してください。

番号	サービス種類
1 0	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、居宅療養管理指導、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、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス
1 1	介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与、介護予防居宅療養管理指導、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護
2 1	短期入所生活介護
2 4	介護予防短期入所生活介護
2 2	短期入所療養介護(老健)
2 5	介護予防短期入所療養介護(老健)
2 3	短期入所療養介護(病院等)
2 6	介護予防短期入所療養介護(病院等)

番号	サービス種類
3 0	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)
3 1	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)
3 2	特定施設入居者生活介護(短期利用以外) 地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)
3 3	介護予防特定施設入居者生活介護(短期利用以外)
3 4	認知症対応型共同生活介護(短期利用)
3 5	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用)
3 6	特定施設入居者生活介護(短期利用) 地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用)
4 0	居宅介護支援
4 1	介護予防支援
5 0	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設
6 0	介護老人保健施設
7 0	介護療養型医療施設

提出先：吹田市 福祉部 高齢福祉室 介護保険グループ
〒564-8550 大阪府吹田市泉町1丁目3番40号