

介護給付費過誤連絡票

平成 年 月 日

事業者番号	
事業者名 (担当者氏名)	
事業者所在地	
電話番号	()

下記の介護給付について、国保連合会へ過誤の申立を依頼します。

被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	様式番号	申立理由 番号	申 立 理 由 (申立理由番号(99)の時のみ記入)
	平成 年 月			
	平成 年 月			
	平成 年 月			
	平成 年 月			
	平成 年 月			

【様式番号一覧】

様式 番号	様 式 名 称
10	(様式第二) 居宅サービス介護給付費明細書 (訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与)
21	(様式第三) 居宅サービス介護給付費明細書 (短期入所生活介護)
22	(様式第四) 居宅サービス介護給付費明細書 (介護老人保健施設における短期入所療養介護)
23	(様式第五) 居宅サービス介護給付費明細書 (病院・診療所における短期入所療養介護)
30	(様式第六) 居宅サービス介護給付費明細書 (痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護)
40	(様式第七) 居宅介護支援介護給付費明細書
50	(様式第八) 施設サービス等介護給付費明細書 (介護老人福祉施設)
60	(様式第九) 施設サービス等介護給付費明細書 (介護老人保健施設)
70	(様式第十) 施設サービス等介護給付費明細書 (介護療養型医療施設)

【申立理由番号一覧】

申立理由 番号	申 立 理 由
01	台帳誤り修正による過誤調整
02	請求誤りによる実績取り下げ
99	その他の理由による実績の取り下げ

【介護給付費過誤連絡票について】

1 様式番号一覧

様式番号	対象となる 明細書様式	様式名称
10	様式第二	居宅サービス介護給付費明細書 (訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・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)
11	様式第二の二	介護予防サービス介護給付費明細書 (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・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・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)
21	様式第三	居宅サービス介護給付費明細書 (短期入所生活介護)
24	様式第三の二	介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防短期入所生活介護)
22	様式第四	居宅サービス介護給付費明細書 (介護老人保健施設における短期入所療養介護)
25	様式第四の二	介護予防サービス介護給付費明細書 (介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)
23	様式第五	居宅サービス介護給付費明細書 (病院又は診療所における短期入所療養介護)
26	様式第五の二	介護予防サービス介護給付費明細書 (病院又は診療所における介護予防短期入所療養介護)
30	様式第六	居宅サービス介護給付費明細書 (認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護)
31	様式第六の二	介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防認知症対応型共同生活介護)
32	様式第六の三	居宅サービス介護給付費明細書 (特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者介護)
33	様式第六の四	介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防特定施設入居者生活介護)
34	様式第六の五	居宅サービス介護給付費明細書 (認知症対応型共同生活介護 (短期利用型))
35	様式第六の六	介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防認知症対応型共同生活介護 (短期利用型))
40	様式第七	居宅介護支援介護給付費明細書
41	様式第七の二	介護予防支援介護給付費明細書 (介護予防支援)
50	様式第八	施設サービス等介護給付費明細書 (介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設)
60	様式第九	施設サービス等介護給付費明細書 (介護老人保健施設)
70	様式第十	施設サービス等介護給付費明細書 (介護療養型医療施設)

2 申立理由番号一覧

申立理由 番 号	申 立 理 由
0 1	台帳誤り修正による過誤調整
0 2	請求誤りによる実績取下げ
0 9	時効による保険者申立の取下げ
1 1	台帳誤り修正による事業所申立の過誤調整
1 2	同月過誤取下げ再請求
2 1	台帳誤り修正による公費負担者申立の過誤調整
2 9	時効による公費負担者申立の取下げ
3 2	給付管理票取消による実績の取下げ
4 2	適正化による保険者申立の過誤取り下げ
4 9	適正化による保険者申立の同月過誤取り下げ
5 2	適正化による公費負担者申立の過誤取下げ
5 9	適正化による公費負担者申立の同月過誤取下げ再請求
9 0	その他の事由による台帳過誤
9 9	その他の事由による実績の取り下げ (連絡票の申立理由に、内容を記載してください)

3 その他注意事項

同月過誤を希望する際には、健康福祉課に連絡するとともに、国民健康保険団体連合会にも連絡をお願いします。

箱根町福祉部健康福祉課
〒 250-0398
神奈川県足柄下郡箱根町湯本 256
T E L 0460-85-7790
F A X 0460-85-8124