

※介護予防・日常生活支援総合事業分については、様式は別様式となりますが、介護給付分と見方は同様となります。

介護給付費過誤決定通知書（平成30年5月取扱分）

過誤申立てについては、下記のとおり決定しましたので通知します。

平成30年6月30日

1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

事業所番号	事業所名
997000000	<input type="checkbox"/> 介護事業所

証記載保険者番号 保険者名	被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	サービス 種類名	過誤申立事由	単位数 (特定入所者介護費等)	保険者負担額 (公費負担額)	備 考
<div data-bbox="360 1197 649 1337" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 「合計欄」 上の表の合計が表示 されます。 </div>							

「過誤申立事由」
過誤となった明細書様式と、
その理由が表示されます。

「単位数」(特定入所者介護費等)
過誤となった単位数と特定入所者介護サー
ビス費が表示されます。

「保険者負担額」(公費負担額)
単位数×給付率
保険者負担額、公費負担額の支払報酬か
ら過誤となる金額が表示されます。

合計	介護給付費	件数	単位数※1 (費用額)	保険者負担額
	特定入所者介護費等			

※特定入所者介護サービス等の場合は金額が印字される。