

## 「介護給付費の請求及び受領に関する届」の記載方法等について

項番	項目	記載内容
①	提出年月日	提出年月日
②	開設者住所 ・氏名	開設者の住所及び氏名（開設者が法人の場合は法人名と代表者名）を記載し、開設者印を押印
③	事業所番号	指定事業所番号（10桁）
④	法人種別	開設者の法人種別
⑤	事業所名称	サービス事業所の名称
⑥	所在地	上記事業所の所在地
⑦	請求者	請求者の氏名 *②の開設者氏名と同じ場合は、記載を省略できます
⑧	郵便番号	上記事業所所在地の郵便番号
⑨	電話番号	上記事業所の電話番号
⑩	FAX番号	上記事業所のFAX番号
⑪	振込先金融 機関コード	振込先金融機関コード（4桁） *不明の場合は空欄で構いません
⑫	振込先金融 機関名称	振込先金融機関の名称
⑬	支店コード	振込先金融機関支店コード（3桁）
⑭	支店名称	振込先金融機関の本店・支店名称
⑮	口座種別	該当する口座種目番号に○印
⑯	口座番号	振込先金融機関の口座番号
⑰	受領者 カタカナ	通帳等に記載されている口座名義（カナで30文字まで）
	漢字	通帳等に記載されている口座名義（漢字） *受領者と開設者が異なる場合、別紙委任状が必要です（法人種別が地方公共団体の場合を除く）
⑱	届出理由	この届を初めて提出する場合は1を、届出内容に変更がある場合は2～5より選択
⑲	異動年月	請求の開始及び届出内容の変更が発生する年月
⑳	旧事業所番号	事業所番号に変更が生じ、旧事業所の支払額との合算が必要な場合は、旧事業所番号を記載
㉑	請求媒体	請求方法について、該当番号に○印 1を選択した場合は接続先電話番号（ISDN回線）を記載
㉒	同意欄	旧事業所番号の支払額を合算する場合は、 ②の開設者住所及び氏名を記載し、開設者印を押印

\*届出内容に変更がある場合は、再度この届を提出してください。

**\*新規開設時及び振込口座に変更が生じた場合は、預金通帳等の表紙及び見開きページの写し（⑰カナの口座名義が確認できる部分）を添付してください。**

問い合わせ先

〒371-0846 前橋市元総社町335番地の8  
群馬県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護審査係  
TEL 027-290-1319 FAX 027-255-5077

## 参考

### 「請求媒体」について

「介護給付費の請求及び受領に関する届」の中に、「請求媒体」の項目があります。これは、介護給付費の請求を行うための手段のことで、以下の方法があります。

#### 1 請求は電子請求で

前提として、事業所は、介護給付費の請求を電子請求で行うこととされています。電子請求とは、パソコンで請求データを作成し、国保連合会に提出することをいいます。請求データの作成及び伝送を行うための専用ソフトが必要です。

##### (1) 伝送（ISDN回線）による提出（「1. 伝送（ISDN）」を選択）

事業所のパソコンと国保連合会のコンピュータを電話回線（ISDN回線）で結び、請求データを送信する方法です。ISDN回線の敷設が必要です。

##### (2) 伝送（インターネット回線）による提出（「7. 伝送（インターネット）」を選択）

インターネット回線（ADSL等）を使用して請求データを送信する方法です。請求を開始する際は、電子証明書の発行手続き及び発行手数料が必要となります（請求を代理人に委任する場合は、代理人登録が必要となります）。

##### (3) 磁気媒体等による提出（「2. MO」「3. MT」「4. FD・CD」のいずれかを選択）

選択した媒体に請求データを保存して提出する方法です。

#### 2 紙による請求

介護給付費の請求は電子請求が原則となっていますが、一定の条件に合う場合に限り、紙での提出が認められています。その際は、「紙媒体による請求事由票」を併せて提出してください。

##### (1) 紙による提出（「5. 帳票」を選択）

決められた様式に記入し、提出します。「電子情報処理組織又は磁気テープ等を用いた請求を行うことが特に困難と認められるものは、当分の間、請求に関する省令に定める帳票を用いて介護給付費等の請求を行うことができる。」とされています。