

※介護予防・日常生活支援総合事業分については、様式は別様式となるが、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27年5月取扱分）

過誤申立については、下記のとおり決定しましたので通知します。

平成27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
9970000000	〇〇県国保連介護事業所

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
				<p>「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。</p>			
					<p>「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。</p>	<p>「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。</p>	
	<p>「合計欄」 上の表の合計が表示さ れます。</p>						

		件数	単位数※1 (費用額)	保険者負担額
合計	介護給付費			
	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。