
介護保険請求ガイド

新潟県国民健康保険団体連合会

2024.07

目次

| | ページ |
|---------------------------------|------|
| 1. 「介護報酬の請求及び受領に関する届」の提出 | … 1 |
| 2. 「介護報酬の請求及び受領に関する届」の記載要領 | … 2 |
| 3. 介護報酬の請求および受付等 | … 4 |
| 4. 請求方法ごとの留意点 | … 5 |
| 5. 決定通知等の送付および支払 | … 6 |
| 6. 届および請求の提出先 | … 7 |
| 付録 「介護報酬の請求及び受領に関する届」・「委任状」の記載例 | |
| • 新規開設事業所の場合 | … 8 |
| • 既存事業所の変更の場合 | … 9 |
| • 委任状 | … 10 |

1. 「介護報酬の請求及び受領に関する届」の提出

介護保険制度において、新潟県国民健康保険団体連合会（以下、「本会」という。）は保険者（市町村）から委託を受け、介護保険法第 176 条に基づき介護給付費等の審査ならびに支払を行っております。

請求された介護報酬を本会で受付する際には請求方法に関する情報が、審査を経て支払を行う際には振込先口座情報がそれぞれ必要となりますので、新規指定を受けてから速やかに届を提出してください。

また、届出た内容に変更がある場合も速やかに下記書類等の提出をお願いいたします。

○新規開設の場合

| | 提出書類 | 必須 |
|---|--|-----|
| 1 | 「介護報酬の請求及び受領に関する届」 | ○ |
| 2 | 振込先通帳の表紙裏（カタカナの口座名義人、店番号が記載されているページ）のコピー | ○ |
| 3 | 委任状および委託者（開設者）の印鑑証明書 | △※1 |

※1 委任状は、開設者≠請求者、開設者≠口座名義人の場合に必要。
印鑑証明書は、委任状に捺印されている開設者（理事長、代表取締役等の代表者）のもの。市町村等の公設、会計責任者の定款の場合は必要ありません。

○届出た内容に変更がある場合

| | 変更内容 | 届 | 通帳コピー | 委任状と 印鑑証明書 |
|---|----------------|---|-------|---------------|
| 1 | 事業所名称・所在地・電話番号 | — | — | — |
| 2 | 請求者 | ○ | — | △※2 |
| 3 | 振込先 | ○ | ○ | △※2 |
| 4 | 口座名義人 | ○ | ○ | △※2 |
| 5 | 請求方法 | ○ | — | — |

※2 上記※1に該当する場合に必要。

2. 「介護報酬の請求及び受領に関する届」の記載要領

介護報酬の請求及び受領に関する届

新潟県国民健康保険団体連合会理事長 様

提出日 令和 年 月 日

(1) 開設者 住所 _____ 印
氏名 _____

介護報酬の請求ならびに受領に関し、下記のとおり届出いたします。

(2)

| | | |
|-------|------------------------------|------------------------------------|
| 事業所番号 | 1 5 | ※事業所番号、事業所名、所在地、電話番号はこの届では変更できません。 |
| 事業所名称 | フリガナ _____ | |
| 所在地 | フリガナ _____ 〒 _____ 新潟県 | |
| 電話番号 | _____ | |

新規事業所の場合、新規欄に☑のうえ指定年月日および①～④のすべてを記載してください。
以前に提出した届に変更がある場合、変更する①～④の該当欄に☑のうえ記載してください。

新規

(3) 指定年月日 平成・令和 年 月 日 ※塗りつぶしてある箇所は記載できません。

(4) 請求者 フリガナ _____

(5)

| | | | |
|------|-------------|-------------|----------------------|
| 振込先① | フリガナ 銀行名 | フリガナ 支店名 | 預金種目 普通・当座・その他() |
| | 銀行番号 | 支店番号 | 口座番号 |

(6)

| | | |
|-----------------------------------|---------------|-------------------------|
| 振込先② | フリガナ 口座名義人 | 変更時期 (令和 年 月入金分より変更) |
| ※振込先通帳の表紙裏(名義がカタカナ)のコピーを添付してください。 | | |

(7)

請求方法

該当に☑ (変更時期 令和 年 月10日までの請求分より変更)

伝送 (インターネット) 磁気 (FD/CD) 帳票 (紙)

該当

過誤等金額調整同意欄 : 下記旧事業所について、請求および過誤調整額等の支払を合算することに同意します。

(7)

| | | |
|--------|-----|------------|
| 旧事業所番号 | 1 5 | 住所 |
| 旧事業所名称 | | 氏名 _____ 印 |

該当

委任状添付あり : 請求者または口座名義人が、開設者と異なるため委任状を添付します。

○：必須 △：該当の場合 ×：不要

| 項目 <前頁の(1)～(7)> | | 新規 提出 | 変更 提出 | 記載要領 |
|--------------------|------------|----------|----------|---|
| (1) | 提出日 | ○ | ○ | 提出する日。 |
| | 開設者 | | | 開設者の住所、氏名、捺印。 |
| (2) | 事業所番号 | ○ | ○ | 県・市町村・関東信越厚生局から指定された事業所番号。 |
| | 事業所名称 | | | 事業所名称（フリガナ必須）。 |
| | 所在地 | | | 事業所の所在地（フリガナ必須）。 |
| | 電話番号 | | | 事業所の電話番号（市外局番から）。 |
| (3) | 指定年月日 | ○ | × | 県・市町村・関東信越厚生局から指定を受けた年月日。 |
| (4) | 請求者 | ○ | △ | 責任者、代表者など。 |
| (5) | 振込先 | ○ | △ | <p>銀行名：通帳に記載のある名称。 銀行番号：通帳に記載のある4桁の番号。 支店名：通帳に記載のある名称。 支店番号：通帳に記載のある3桁の番号。 預金種目：該当を○で囲む。 □座番号：右詰めで記入。7桁に満たない場合は、前0を付す。 □座名義人：通帳に記載されている名義を記入。フリガナは、30文字まで記入可能。（濁点、空白は1マス使用する。）</p> <p>※1：カタカナの□座名義人及び振込先情報の確認のため、通帳の表紙裏のカタカナの□座名義人が記載されているページのコピー（通帳がない場合はそれに代わるもの）を添付。</p> <p>※2：振込先変更の場合、変更時期を記入。</p> |
| (6) | 請求方法 | ○ | △ | <p>該当に☑ ※平成30年3月31日までに“免除届”を提出していない場合は、「帳票（紙）」での請求は不可。</p> |
| (7) | 過誤等金額調整同意欄 | △ | △ | 事業所の組織変更や統廃合等により事業所番号が変更された場合で、旧事業所の過誤/再審査等調整額を新事業所で調整をする場合に、旧事業所情報を記入。 |
| | 委任状添付あり | | | 委任状を添付する場合に☑ (開設者≠請求者、開設者≠口座名義人の場合) |

3. 介護報酬の請求および受付等

(1) 提出方法等

- 請求は事業所番号ごとの提出となります。同一事業所でも、事業所番号が変更になった場合、変更前と変更後の事業所番号でそれぞれ分けて請求してください。また、同一月において請求方法が混在すること（伝送と磁気媒体、磁気媒体と紙 等）は原則不可となります。
- 提出された請求媒体の差し替えはできませんので、提出前によく確認してから提出してください。また、一度提出された媒体の返却はいたしませんので、ご了承ください。
- 内容についての確認または媒体不良等による再提出をお願いすることがありますので、データや紙のコピー等をお手元に残すようにしてください。

(2) 受付期間および受付時間

○電子請求（インターネット請求）

| | |
|------|-------------------------|
| 受付期間 | 毎月1日～10日（土曜日・日曜日・祝日を含む） |
| 受付時間 | 午前8時30分～午後11時59分 |

○郵送等（磁気媒体・紙）

| | |
|------|-------------------|
| 受付期間 | 毎月1日～10日（10日必着）※1 |
|------|-------------------|

○本会持参（磁気媒体・紙）

| | |
|------|--|
| 受付期間 | 毎月1日～10日の平日 ※2 （10日が土曜日、日曜日、祝日の場合は受付窓口開設） ※3 |
| 受付時間 | 午前8時30分～午後5時15分 |

- ※1：介護保険の請求だとわかるよう封筒・媒体などに「介護」と明記し、封筒に事業所番号を記載してください。
- ※2：介護保険分と医療保険分は受付場所が異なりますので分けて提出してください。
- ※3：自治会館別館2階での受付となります。なお、月によっては10日以外でも土曜日、日曜日、祝日に受付窓口を開設する日がありますので、詳しい日程は「介護給付費受付締切・各種通知等の日程表」をご確認ください。

4. 請求方法ごとの留意点

(1) 電子請求（インターネット請求）で使用するID/パスワードについて

【新規開設事業所】

事業所情報が本会保有の台帳に登録されるのが指定年月日の翌月初旬頃となります。
台帳登録後に本会にてID/パスワードを発行するため、事業所にID/パスワードが届くのが指定年月日の翌月中旬頃となります。

そのため、電子請求が可能となるのは指定年月日の翌々月からとなります。
指定年月日の翌月の請求は磁気媒体（FD・CD）で請求してください。

【既存事業所の請求方法変更】

紙・磁気媒体（FD・CD）から電子請求に変更する場合、届を提出後に本会よりID/パスワードを発行します。

事業所にID/パスワードが届いた後、事業所での準備が整い次第電子請求が可能となります。

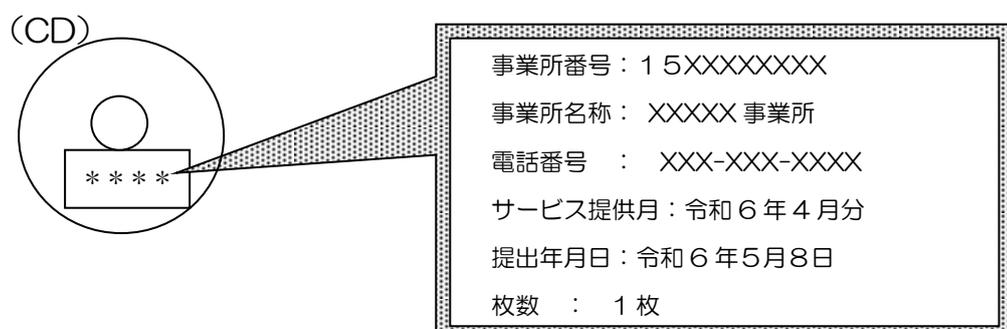
なお、届をご提出いただいて以降、本会より可能な限り速やかにID/パスワードを発行いたしますが、届の提出日によっては発行が遅れることがあります。

(例) 令和6年4月15日に届を提出した場合

| | 指定年月日 | 令和6年5月請求 | 令和6年6月請求 |
|-------|--------|----------|----------|
| 新規事業所 | 令和6年4月 | 磁気媒体 | 電子請求が可能 |
| 既存事業所 | — | 電子請求が可能 | 電子請求が可能 |

(2) 磁気媒体（FD・CD）に記入する事項について

媒体本体に下記のようなラベルを貼付または直接記入してください。



5. 決定通知等の送付および支払

(1) 決定通知書等について

決定通知書等は、電子請求の事業所へは電子データで、紙・磁気媒体で請求の事業所へは紙で送付します。

詳細は本会ホームページ掲載の「介護給付費受付締切・各種通知等の日程表」を確認してください。

| 通知書名（識別番号） | | |
|----------------------------------|--------|----|
| ・介護保険審査決定増減表 | (7211) | |
| ・介護予防・日常生活支援総合事業審査決定増減表情報 | (7231) | |
| ・介護保険審査増減単位数通知書 | (7311) | ※1 |
| ・介護予防・日常生活支援総合事業審査増減単位数通知書情報 | (7321) | ※2 |
| ・請求明細・給付管理票返戻一覧表 | (7411) | |
| ・介護予防・日常生活支援総合事業請求明細書返戻（保留）一覧表情報 | (7431) | |
| ・介護給付費等支払決定額通知書 | (7511) | |
| ・介護給付費等支払決定額内訳書 | (7521) | |
| ・介護予防・日常生活支援総合事業費支払決定額内訳書情報 | (7551) | |
| ・介護給付費過誤決定通知書 | (7611) | ※2 |
| ・介護予防・日常生活支援総合事業費過誤決定通知書情報 | (7641) | |
| ・介護給付費再審査決定通知書 | (7621) | |
| ・介護予防・日常生活支援総合事業費再審査決定通知書情報 | (7651) | |
| ・介護職員処遇改善加算総額のお知らせ | | |

※1：審査結果において、増減決定および返戻決定があった場合のみ。

※2：電子請求事業所の場合、受信箱「連絡文書フォルダ」のほか、介護電子請求受付システムより確認できます。

(2) 支払について

介護給付費等支払決定通知書および介護職員処遇改善加算総額のお知らせに基づく口座振込日は、毎月25日が基準日です。

25日が、土曜日、日曜日、祝日の場合は翌営業日になります。

詳細は本会ホームページに掲載の「介護給付費受付締切・各種通知等の日程表」を確認してください。

6. 届および請求の提出先

〒950-8560

新潟市中央区新光町7番地1 新潟県自治会館別館3階

新潟県国民健康保険団体連合会 介護保険課

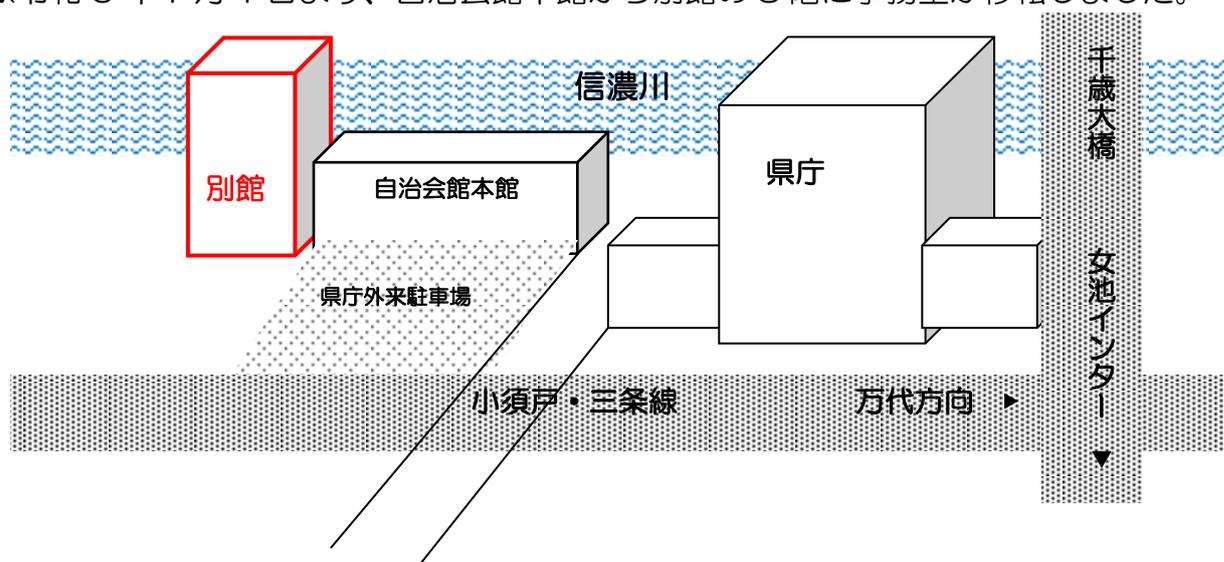
TEL 025-285-3072

FAX 025-285-3350

MAIL kaigo@niigata-kokuho.or.jp

URL <http://niigata-kokuho.or.jp/>

※令和6年7月1日より、自治会館本館から別館の3階に事務室が移転しました。



付録 「介護報酬の請求及び受領に関する届」・「委任状」の記載例

介護報酬の請求及び受領に関する届

提出日 令和 5 年 5 月 10 日

事務長 様

開設者 住所 新潟市中央区〇〇1丁目1番地1
氏名 株式会社〇〇 代表 介護 太郎 印

【新規開設事業所の場合】
 ※黒字で記入してください。
 ※手書きでもデータ入力でも可

介護報酬の請求ならびに受領に関し、下記のとおり届出いたします。

| | | |
|-------|--|------------------------------------|
| 事業所番号 | 1 5 7 9 9 9 9 9 9 9 | ※事業所番号、事業所名、所在地、電話番号はこの届では変更できません。 |
| 事業所名称 | フリガナ 〇〇カイゴステーション 〇〇介護ステーション | |
| 所在地 | フリガナ ニイガタシニシク〇〇 〒950-0000 新潟県 新潟市西区〇〇3丁目4番5号 | |
| 電話番号 | 025 - 123 - 4567 | |

新規事業所の場合、新規欄に☑のうえ指定年月日および①～④のすべてを記載してください。
 以前に提出した届に変更がある場合、変更する①～④の該当欄に☑のうえ記載してください。

新規

| | | | | | | | |
|-------------------------|--|---|-----------------------|---|-----------------|--------------|-----------------------|
| 指定年月日 | 平成 令和 5 年 5 月 1 日 | ※塗りつぶしてある箇所は記載できません。 | | | | | |
| ① 請求者 | フリガナ カイゴ タロウ 介護 太郎 | | | | | | |
| ② 振込先① | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">フリガナ 〇〇ギンコウ 銀行名 〇〇銀行</td> <td style="width: 33%;">フリガナ 〇〇シテン 店名 〇〇支店</td> <td style="width: 34%;">預金種目 普通 当座・その他()</td> </tr> <tr> <td>銀行番号 0 1 2 3</td> <td>店番号 7 8 9</td> <td>口座番号 3 3 3 3 3 3 3</td> </tr> </table> | フリガナ 〇〇ギンコウ 銀行名 〇〇銀行 | フリガナ 〇〇シテン 店名 〇〇支店 | 預金種目 普通 当座・その他() | 銀行番号 0 1 2 3 | 店番号 7 8 9 | 口座番号 3 3 3 3 3 3 3 |
| フリガナ 〇〇ギンコウ 銀行名 〇〇銀行 | フリガナ 〇〇シテン 店名 〇〇支店 | 預金種目 普通 当座・その他() | | | | | |
| 銀行番号 0 1 2 3 | 店番号 7 8 9 | 口座番号 3 3 3 3 3 3 3 | | | | | |
| ③ 振込先② | フリガナ カフ シキカ イシャ 〇〇 タ イヒョウ カイゴ タロウ 口座名義人 株式会社〇〇 代表 介護 太郎 変更時期 (令和) 年 月 入金分より変更 ※振込先通帳の表紙裏(名義がカタカナ)のコピーを添付してください。 | | | | | | |
| ④ 請求方法 | 該当に☑ (変更時期 令和 年 月10日までの請求分より変更) <input type="checkbox"/> 伝送 (インターネット) <input checked="" type="checkbox"/> 磁気 (FD/CD) <input type="checkbox"/> 帳票 (紙) | | | | | | |

該当

過誤等金額調整同意欄 : 下記旧事業所について、請求および過誤調整額等の支払を合算することに同意します。

| | | |
|--------|---------------------|---|
| 旧事業所番号 | 1 5 7 5 5 5 5 5 5 5 | 住所 新潟市西区〇〇3丁目4番5号 |
| 旧事業所名称 | △△介護事業所 | 氏名 介護 太郎 印 |

該当

委任状添付あり : 請求者または口座名義人が、開設者と異なるため委任状を添付します。

介護報酬の請求及び受領に関する届

提出日 令和 5 年 5 月 15 日

【既存事業所の変更の場合】
 ※黒字で記入してください。
 ※手書きでもデータ入力でも可

理事長 様

開設者 住所 **新潟市北区〇〇2丁目2番2号**
 氏名 **理事長 介護 三郎**



介護報酬の請求ならびに受領に関し、下記のとおり届出いたします。

| | | |
|-------|--|------------------------------------|
| 事業所番号 | 1 5 7 5 5 5 5 5 5 5 | ※事業所番号、事業所名、所在地、電話番号はこの届では変更できません。 |
| 事業所名称 | フリガナ ホウモンカイコ〇〇 訪問介護〇〇 | |
| 所在地 | フリガナ ニイガタシキタク〇〇 〒950-1111 新潟県 新潟市北区〇〇2丁目2番2号 | |
| 電話番号 | 025 — 321 — 9876 | |

新規事業所の場合、新規欄に☑のうえ指定年月日および①～④のすべてを記載してください。
 以前に提出した届に変更がある場合、変更する①～④の該当欄に☑のうえ記載してください。

新規

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------|-----------------------|
| 指定年月日 | 平成・令和 年 月 日 | ※塗りつぶしてある箇所は記載できません。 | | | | | |
| ① 請求者 | 変更になる箇所のみ記載。 | | | | | | |
| ② <input checked="" type="checkbox"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">フリガナ 〇〇ギンコウ 銀行名 〇〇銀行</td> <td style="width: 20%;">フリガナ 〇〇シテン 店名 〇〇支店</td> <td style="width: 50%;">預金種目 普通 当座・その他()</td> </tr> <tr> <td>銀行番号 4 4 4 4</td> <td>店番号 5 5 5</td> <td>口座番号 1 2 3 4 5 6 7</td> </tr> </table> | フリガナ 〇〇ギンコウ 銀行名 〇〇銀行 | フリガナ 〇〇シテン 店名 〇〇支店 | 預金種目 普通 当座・その他() | 銀行番号 4 4 4 4 | 店番号 5 5 5 | 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 |
| フリガナ 〇〇ギンコウ 銀行名 〇〇銀行 | フリガナ 〇〇シテン 店名 〇〇支店 | 預金種目 普通 当座・その他() | | | | | |
| 銀行番号 4 4 4 4 | 店番号 5 5 5 | 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | |
| ③ <input type="checkbox"/> | 振込先② フリガナ 口座名義人 変更時期 (令和 5 年 6 月入金分より変更) ※振込先通帳の表紙裏(名義がカタカナ)のコピーを添付してください。 | | | | | | |
| ④ <input checked="" type="checkbox"/> | 請求方法 該当に☑ (変更時期 令和 5 年 6 月10日までの請求分より変更) <input checked="" type="checkbox"/> 伝送 (インターネット) <input type="checkbox"/> 磁気 (FD/CD) <input type="checkbox"/> 帳票 (紙) | | | | | | |

該当 過誤等金額調整同意欄 : 下記旧事業所について、請求および過誤調整額等の支払を合算することに同意します。

| | | |
|--------|-----|---|
| 旧事業所番号 | 1 5 | 住所 |
| 旧事業所名称 | | 氏名 印 |

該当 委任状添付あり : 請求者または口座名義人が、開設者と異なるため委任状を添付します。

*本届は、国会システム事業所情報管理以外での使用はいたしません。

【委任する場合】

※黒字で記入してください。

委 任 状

私は、都合により **国保 花子** をもって代理人と定め、下記の権限を委任します。

委任事項

- ① 介護報酬の請求に関すること。
- ② 介護報酬の受領に関すること。

なお、本委任状を解除する場合には、双方連署のうえ届け出のない限りその効力のないことを誓約いたします。

(委任年月日)

令和 **5** 年 **5** 月 **1** 日 介護保険事業所番号 **1578888888**

委任者 住 所 **新潟市中央区〇〇8丁目**
氏 名 **介護 八郎**



上記委任の件、承諾いたしました。

受任者 住 所 **新潟市西区〇〇9丁目**
氏 名 **国保 花子**



新潟県国民健康保険団体連合会理事長 様

- (注) 1 委任事項は、番号を○で囲んで下さい。
2 本委任状を提出する際は、委任者(開設者)の印鑑証明を添付して下さい。
3 市町村等の公設の場合は必要ありません。又、定款に会計責任者の設置が明記されている場合も同様です。