

発行：長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課  
〒380-0871

長野市西長野加茂北 143-8 自治会館内  
TEL：026-238-1555 (直通)  
TEL：026-238-1580 (苦情専用)  
TEL：026-238-1583 (障害者総合支援専用)  
FAX：026-238-1581  
E-mail：kaigo@kokuho-nagano.or.jp  
URL：http://www.kokuho-nagano.or.jp

# 信濃の介護保険

## 1 介護保険新規事業者説明会について

新規指定介護保険事業者を対象とした説明会を下記のとおり開催します。

本会からは介護給付費等の請求をするうえでの基本的事項について説明します。サービス種類別の詳細な説明は行いませんのでご承知おきください。

なお、県介護支援課からも新規指定事業者向けの説明があります。参加を希望される事業者は、前日までに事業所番号、事業所名、参加者名をFAXにてご報告ください。

また、12月の新規事業者説明会は、開催いたしませんので、1月下旬の説明会(日程等はNo.131掲載予定)に参加いただきますようお願いいたします。

開催日	場所	時間(予定)
平成28年11月28日(月)	長野県自治会館1階会議室	午後1時~4時

## 2 希望返戻(取下げ依頼)申請書のレイアウト変更について

明細書を請求後、当月20日までに取下げを行う場合、本会に希望返戻の依頼をいただいておりますが、その際に提出する「希望返戻(取下げ依頼)申請書」のレイアウトを以下のとおり変更いたしました。

つきましては、長野県国保連合会のホームページより様式をダウンロードしていただき、今後は新様式を毎月20日までに郵送またはFAXにてご提出くださいますようお願いいたします。

取得方法：[長野県国保連合会のHP⇒www.kokuho-nagano.or.jp/トップ](http://www.kokuho-nagano.or.jp/)様式ダウンロード  
>介護事業所等>各種届出様式>希望返戻申請書(XLS 37KB)



希望返戻(取下げ依頼)申請書

事業所番号 \_\_\_\_\_  
事業所名称 \_\_\_\_\_

①

対象月	平成	年	月	サービス分
保険者番号	被保険者番号		保険者名称	
該当明細書等様式番号 (※識別番号)		様式第 号 ( )		
請求単位数	単位			
希望返戻(取下げ依頼)理由				

②

対象月	平成	年	月	サービス分
保険者番号	被保険者番号		保険者名称	
該当明細書等様式番号 (※識別番号)		様式第 号 ( )		
請求単位数	単位			
希望返戻(取下げ依頼)理由				

※識別番号については、様式番号に記載されていなければ記載いただく必要はありません。  
また、識別番号については以下にお示ししたとおりです。

識別番号(27年4月以降)

様式第2号...7131	様式第5号...7164	様式第6号...7176	様式第10号...71A3
様式第2号2号...7132	様式第5号2号...7165	様式第6号7号...7177	
様式第2号3号...71R1	様式第6号...7171	様式第7号...8124	
様式第3号...7143	様式第6号2号...7172	様式第7号2号...8125	
様式第3号2号...7144	様式第6号3号...7173	様式第7号3号...8171	
様式第4号...7155	様式第6号4号...7174	様式第8号...7183	
様式第4号2号...7156	様式第6号5号...7175	様式第9号...7195	



希望返戻(取下げ依頼)申請書

事業所番号 \_\_\_\_\_  
事業所名称 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_

①

対象月	平成	年	月	サービス分
保険者番号	被保険者番号		保険者名称	
該当明細書等様式番号		様式第 号		
請求単位数	単位			
希望返戻(取下げ依頼)理由				

②

対象月	平成	年	月	サービス分
保険者番号	被保険者番号		保険者名称	
該当明細書等様式番号		様式第 号		
請求単位数	単位			
希望返戻(取下げ依頼)理由				

③

対象月	平成	年	月	サービス分
保険者番号	被保険者番号		保険者名称	
該当明細書等様式番号		様式第 号		
請求単位数	単位			
希望返戻(取下げ依頼)理由				

※請求単位数については、変更後の単位数ではなく本会へ請求した単位数を記載ください。  
※請求当月のみ対象となります。すでに決定している明細書等に関しては保険者へ過誤調整を依頼ください。  
※県外被保険者分については、該当被保険者が属する都道府県の国保連合会へ連絡ください。

### 3 地域包括支援センター（介護予防支援事業所）の皆様へ

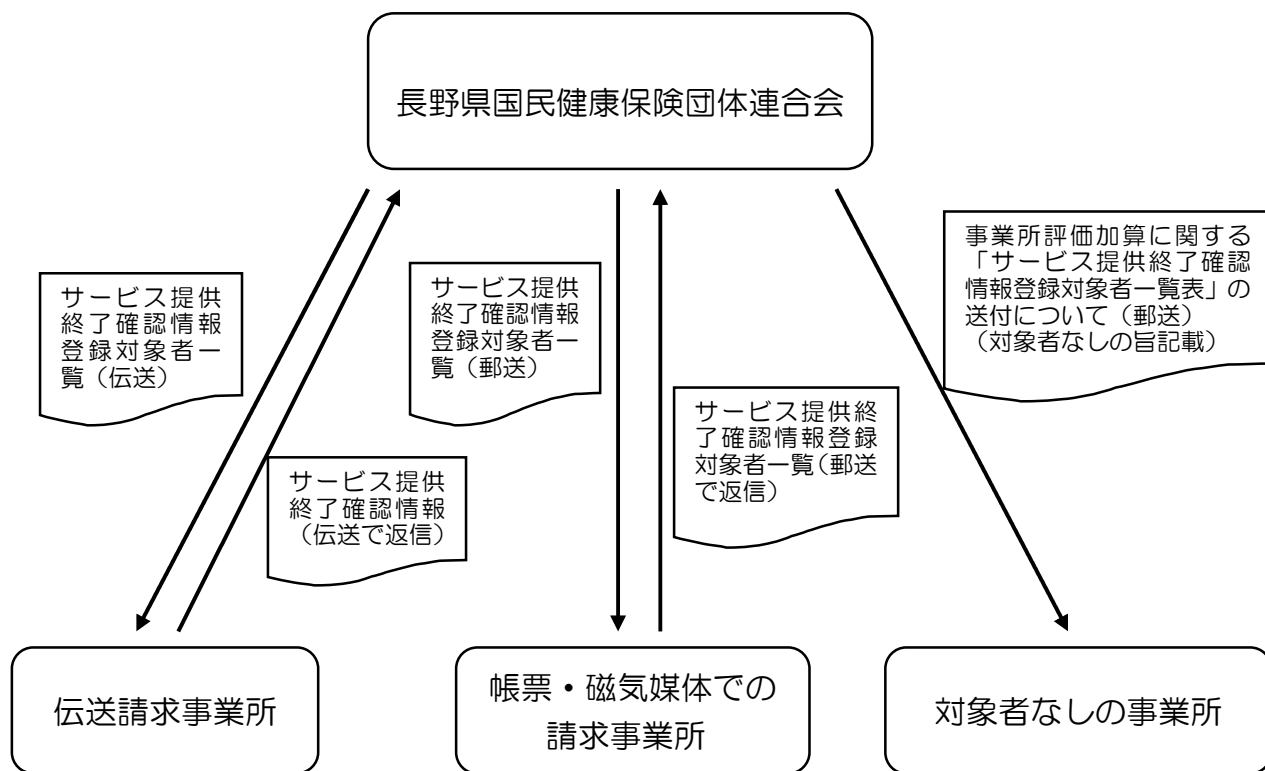
平成28年11月18日付発出文書「事業所評価加算に関する「サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表」の送付について」で通知のとおり、本会で抽出した「サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表」をお送りしております。つきましては、平成28年11月9日付事務連絡でお送りした「事業所評価加算に関する事務処理スケジュールについて」をご参照の上、**12月1日～12月9日までの間**に「サービス提供終了確認情報」を本会宛に伝送または郵送にてご送付ください。

なお、対象となる受給者が存在しなかった場合には、その旨を郵送にてお知らせしておりますのでご承知おきください。

また、介護予防・日常生活支援総合事業の事業所評価加算の判定対応については、システム対応が行われず本会での処理には反映されないため、サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表に事業対象者が掲載されません。

については、保険者にて評価基準値の算出を行う必要がありますので、平成28年4月18日付介護保険最新情報 Vol.546「介護予防・日常生活支援総合事業に係るQ&A」をご参照のうえ、市町村担当者と連携して評価を行っていただくようお願いします。

※伝送請求の事業所については「サービス提供終了確認情報」を作成、磁気媒体または帳票にて請求の事業所については「サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表」に必要事項を記載の上、ご返送いただきますようお願いいたします。



平成28年10月請求分の支払日は11月29日(火)、12月請求分の提出期限は12月10日(土)です。なお、12月10日(土)は長野県自治会館1階で8:30～16:30まで受付を行います。