

介護保険取り下げ（保留解除）依頼書の記載方法及び注意事項について

当月請求の明細書の取り下げ及び保留中の請求明細書の解除をする場合は、標記依頼書を提出下さい。

1. 記載方法

- ① 取り下げ及び保留解除したい該当請求明細書情報及び請求事業所情報を全項目記載し押印のうえご提出ください。（請求明細書の添付は不要です。）

サービス提供年月	明細書様式番号	保険者番号			被保険者番号							給付単位数	請求額
		0	7	0	0	0	0	0	0	0	0		
H 29年 4月	様式 二	保険者名 〇〇市			氏名(カナ) フクシマ カイゴタロウ							100 単位	900 円
取り下げ・保留解除※1	事由	処遇改善加算をⅠで請求すべきところを誤ってⅡで請求をしてしまったため。											

※請求額には自己負担を含まない保険請求額又は公費請求額のみを記載ください。

- ② 請求明細書が公費負担併用の場合、公費請求額分と保険請求額分を2段に分けてそれぞれ記載してください。

サービス提供年月	明細書様式番号	保険者番号			被保険者番号							給付単位数	請求額
		0	7	0	0	0	0	0	0	0	0		
H 29年 4月	様式 二	保険者名 〇〇市			氏名(カナ) フクシマ カイゴタロウ							100 単位	900 円
取り下げ・保留解除※1	事由	処遇改善加算をⅠで請求すべきところを誤ってⅡで請求をしてしまったため。											

※上段下段どちらが公費請求額分でも構いません。

2. 注意事項

- ① 受付期間は審査月の10日～22日（22日が土日祝日の場合は前平日）必着となります。
- ② 受付期間以降に請求の誤りが発覚した場合は、審査結果を確認の上、過誤又は、再請求等をしてください。

請求明細書状態	処理方法	処理依頼先
返戻	必要に応じて再請求	連合会
保留	取り下げ(保留解除)依頼書の送付	連合会
決定	過誤申請	保険者

- ③ 必ず郵送で下記の住所までご送付ください。FAXでの受け付けはしておりません。

〒 960-8043 福島県福島市中町3番7号

福島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護・福祉係 宛

- ④ 県外事業所・県外保険者・給付管理票につきましては、取り下げの対象外となります。
- ⑤ 依頼のあった請求明細書は、強制的に返戻扱いにし「審査委員会の判定により却下」として「請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表」に記載されます。ただし、当該請求明細書に一次エラー又は資格エラーがあった場合は、備考欄にエラーコードのみが表示されます。