※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３０年５月取扱分）

過誤申立てについては、下記のとおり決定しましたので通知します。

事業所番号	事業所名
9970000000	□□介護事業所

平成３０年6月３０日

１ 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

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

「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。

「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。

「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。

「合計欄」
上の表の合計が表示されます。

		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。