

介護給付費等の請求事務について

サービス事業所

宮城県国民健康保険団体連合会

目 次

1	審査支払等業務の概要	1
2	過誤調整（取り下げ）について	7
3	介護給付費等請求に係る各種様式について	13
4	令和3年度介護報酬改定による留意点について	14
5	「請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表」について	23

参考様式

- ・ 介護給付費請求明細書の返戻依頼（請求取り下げ）について

1 審査支払等業務の概要

(1) 請求と支払いの流れ

介護給付費請求明細書等の請求は、事業者所在地の国保連合会へ行きます。したがって、宮城県外の被保険者にサービスを提供した分についても、宮城県内の事業者であれば宮城県国保連合会に請求することになります。

事業者は、サービスを提供した翌月の10日（受付締切日）までに国保連合会に介護給付費等を請求します。事業者への介護給付費等の支払いは、請求した翌月末に振込まれます。

事業者から国保連合会への介護給付費請求受付締切	サービス提供月の翌月 10 日
国保連合会から保険者への介護給付費請求	連合会に請求した月の翌月 15 日
保険者から国保連合会への振込み	連合会に請求した月の翌月 25 日
国保連合会から事業者への振込み	連合会に請求した月の翌月末

(2) 通知帳票と内容

請求された明細書については、国保連合会で資格の確認及び内容の審査を行い、その結果支払いとなる金額や返戻情報を下記のとおり事業所に送信します。

① 支払情報

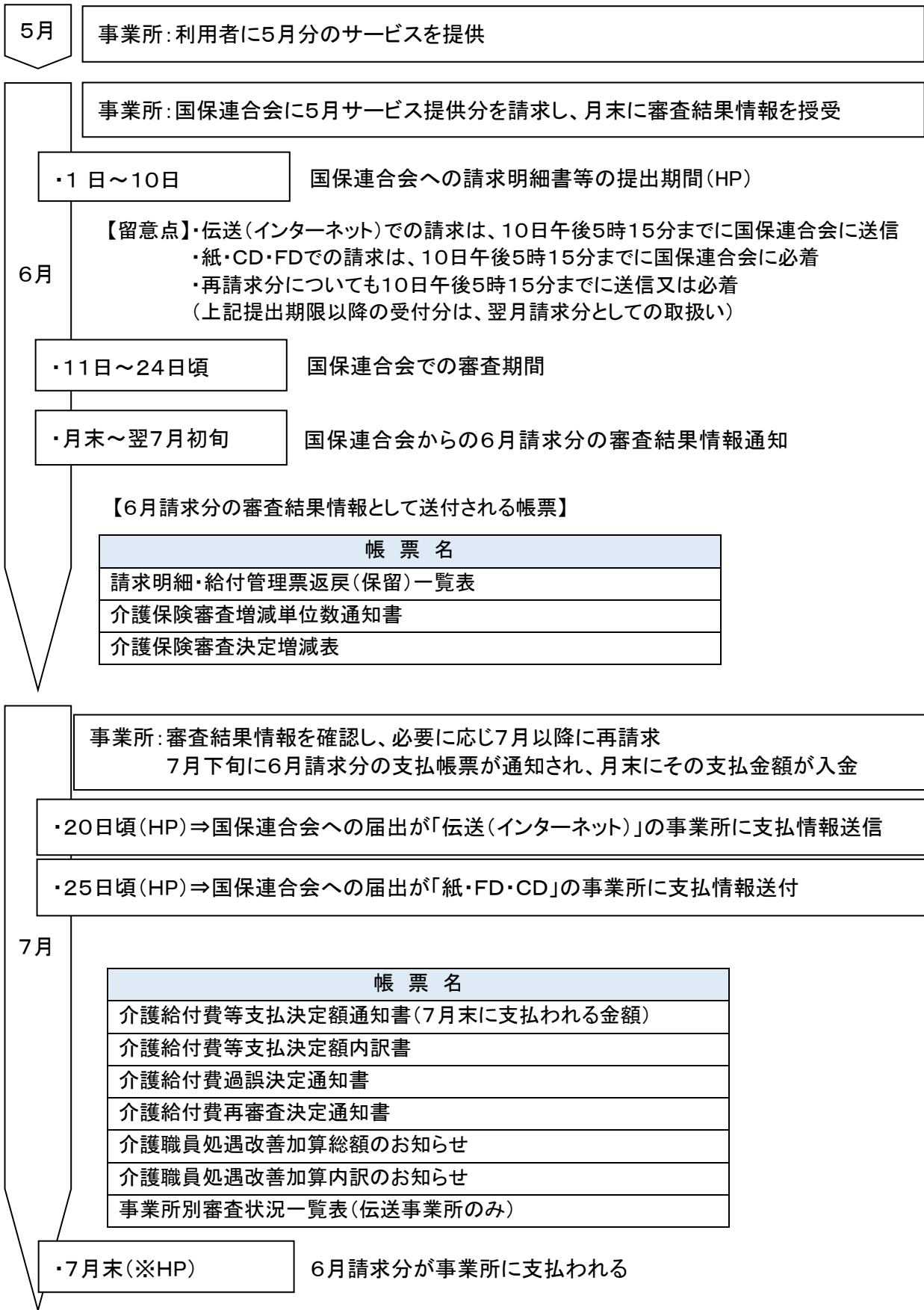
通知帳票名	主な内容	国保連合会への届出	
		伝送 (インターネット)	CD・FD 帳票 (※)
介護給付費等支払決定額通知書	支払決定額	伝 送 に よ り 通 知	帳 票 に よ り 通 知
介護給付費等支払決定額内訳書	審査決定した支払額を保険者別及びサービス提供月別に出力		
介護給付費過誤決定通知書	請求を取下げした明細書の決定状況		
介護給付費再審査決定通知書	再審査（給付管理票修正）の審査結果		
介護職員処遇改善加算等総額・内訳のお知らせ	介護職員処遇改善加算・特定処遇改善加算の総額・内訳の金額を出力		
事業所別審査状況一覧表	一人ひとりの決定状況を出力		

② 審査結果情報

通知帳票名	主な内容	国保連合会への届出	
		伝送 (インターネット)	CD・FD 帳票 (※)
請求明細・給付管理票返戻(保留)一覧表	審査の結果生じた返戻及び保留について請求明細書単位に出力	伝 送 に よ り 通 知	帳 票 に よ り 通 知
介護保険審査増減単位数通知書	給付管理票との突合等により生じた査定増減の内容（単位数及び事由等）		
介護保険審査決定増減表	返戻、査定増減、保留及び保留復活について保険者別、サービス提供月別に出力		

※ 「帳票」の届出は、一定の要件を満たし、平成30年3月31日までに免除届を提出した事業所に限る。

【例:5月サービス(6月請求)分の処理日程等と通知帳票について】



※毎月の請求期日等については、国保連合会ホームページに掲載しています。

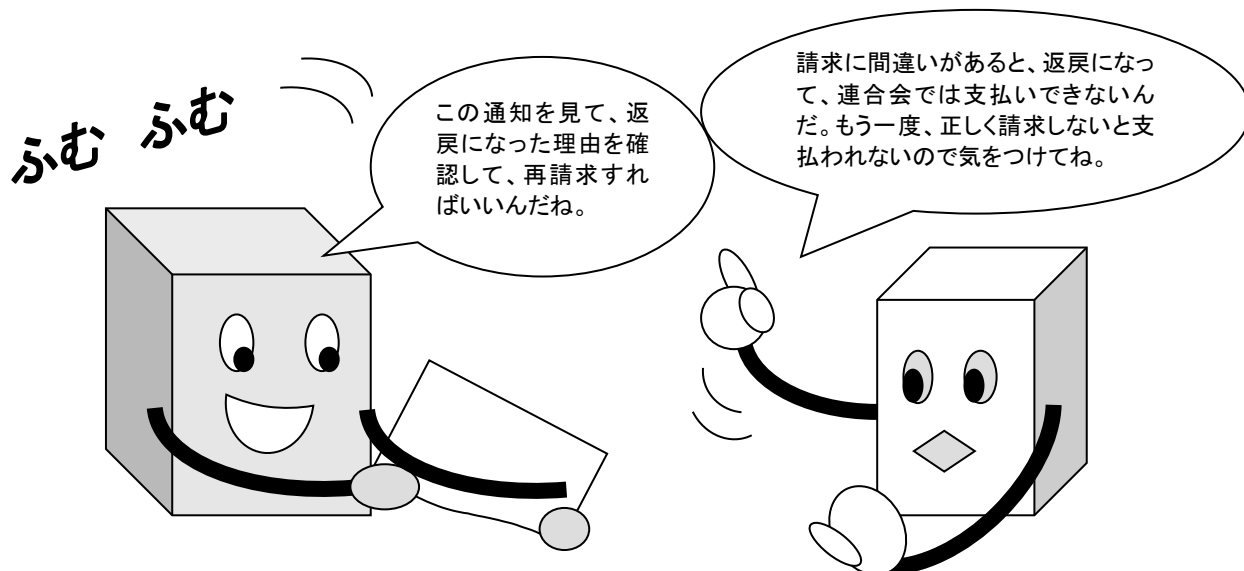
(3) 請求明細書等の返戻（へんれい）について

事業所から提出された請求明細書等について、国保連合会で審査を行います。

審査の内容は、事業所の届出情報との突合や利用者の資格との突合、または請求されたサービスの算定内容があっているか等、多岐にわたります。

この審査において、請求明細書等の内容に誤りや違いがあった場合は、返戻となります。

返戻となった場合は、事業所が請求した月の月末～翌月初旬にかけて「請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表」等で通知されますので確認してください。



【留意点】

- 返戻となった請求明細書等は、審査決定されていません。そのため、支払いもされません。返戻となった理由を確認してから、再請求の必要がある場合は、翌月以降に再度、国保連合会に月遅れ分として請求し、支払いを受けてください。
- 返戻理由の確認については、宮城県国保連合会のホームページに掲載していますので、ご参照ください。

(4) 請求明細書等の再請求について

サービス事業所等は、介護サービスの請求明細書等が審査の結果返戻となった場合、その内容について確認を行い、誤りを訂正し、請求明細書等を翌月以降に国保連合会に再請求（提出）します。再請求提出分については、翌月以降、通常の請求分と一緒に10日までに提出してください。

【留意点】

- 返戻の理由が保険者（市町村）から国保連合会に送られる受給者台帳による場合、保険者（市町村）に対し台帳の訂正を依頼してから、国保連合会に再請求を行ってください。

(5) 給付管理票とサービス事業所等の請求明細書の突合について

① サービス事業所請求明細書の査定について

国保連合会の審査では、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターから提出される給付管理票と居宅サービス事業所の請求明細書の単位数の突合審査も行います。給付管理票と請求明細書の単位数が合わない場合は、給付管理票の単位数に合わせてサービス事業所等の請求明細書の単位数が査定（単位数が減らされる）されます。

【査定される場合の事例】

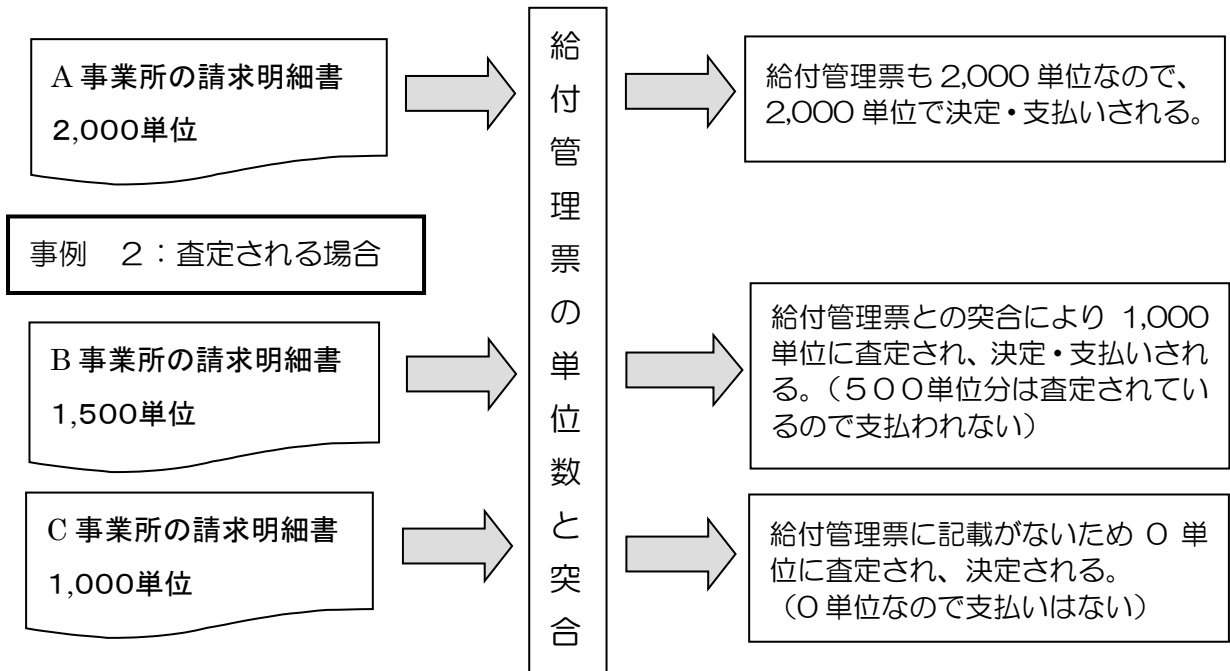
様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（令和3年5月分）

保険者番号										保険者名										作成区分																			
0					4					9					9					9					9					① 居宅介護支援事業者作成 ② 被保険者自己作成 ③ 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成									
被保険者番号										被保険者氏名										居宅介護／ 介護予防																			
フリガナ																				0 4 7 9 9 9 9 9 9 9																			

サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号－事業所番号)										／ 地域密着型 サービス/ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード	給付計画単位数
A 事業所	0	4	7	1	1	1	1	1	1	1	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	〇〇〇〇	1 1	2 0 0 0
B 事業所	0	4	7	2	2	2	2	2	2	2	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	〇〇〇〇	1 2	1 0 0 0
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	〇〇〇〇		

事例 1：正しく請求、支払いがされる場合

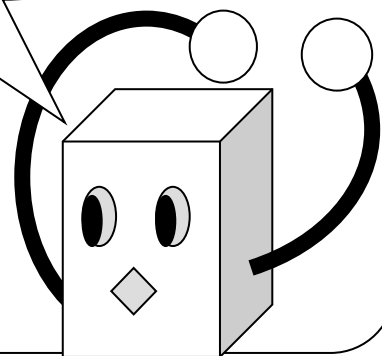


※ ただし、居宅サービス事業所の請求に限度額管理の対象とならない加算（サービス提供体制強化加算等）が2種類以上算定されている場合は、システム上での計算ができないため、査定を行うことができないことから、「査定でエラーのあるもの」というメッセージで返戻となります。

むむっ、0査定は実績（支払い）になってるのか～、ややこしいぞ

【留意点】

- 事例のC事業所のように、0単位に査定された場合は、何も決定されていない（実績になっていない）返戻とは違い、0単位（0円）として決定され、実績（支払）になっています。
そのため、決定されていないと思い、請求明細書を再請求すると、既に決定された実績（0単位分）が有るため、重複（ちょうふく）エラーとなります。



② 給付管理票（修正）の提出依頼について

サービス事業所は、請求単位数が査定となり、その理由が給付管理票の単位数の誤りによる場合、居宅介護支援事業所等（地域包括支援センターを含む。以下同様）に、給付管理票（修正）を国保連合会に提出することを依頼します。

この場合、サービス事業所等からの請求明細書の再請求（提出）は不要です。ただし、「査定でエラーのあるもの」という理由で返戻となっている場合は、再請求（提出）する必要があります。

居宅介護支援事業所等から給付管理票（修正）が提出された月に、サービス事業所等の給付実績を基に、再審査（給付管理票との再突合）が行われ、正しい単位数で突合審査が行われれば、審査の翌月の支払い時に査定された単位数分がサービス事業所に支払われます。

結果については、「介護給付費再審査決定通知書」等でご確認ください。

(6) 請求明細書の保留について

居宅介護支援事業所等からの給付管理票が返戻または提出漏れだったために、サービス事業所等の請求明細書との突合ができなかった場合は、サービス事業所等の請求明細書は返戻とするのではなく、一定期間国保連合会で保留します。ただし、宮城県外の利用者に関する請求の場合は保留扱いとせず、返戻とします。

①保留対象・・・給付管理票との突合で該当する給付管理票がなかった請求明細書

②保留期間とデータの取扱い

保留期間はその請求明細書を受付した月から3か月間とします。

保留期間が過ぎても給付管理票が国保連合会に提出されない場合は返戻となります。

(例) 令和3年5月提出分の保留期間

	令和3年5月審査	令和3年6月審査	令和3年7月審査
1か月	保 留		
2か月		保 留	
3か月			返 戻

※ 保留と返戻の状況については、「請求明細・給付管理票返戻(保留)一覧表」の「備考」欄に「保留」と記載がある場合は保留扱い、それ以外は返戻となりますのでご確認ください。

(7) 介護予防・日常生活支援総合事業について

介護予防・日常生活支援総合事業に係る請求から支払いまでの流れについては、基本的に介護給付費等の流れと同様になりますが、本会からの各種通知(1ページの1-(2)参照)に関して、介護予防・日常生活支援総合事業に係る支払い等が発生する場合、「支払決定額内訳書」「過誤決定通知書」「再審査決定通知書」「審査決定増減表」「審査増減単位数通知書」「返戻(保留)一覧表」については、介護予防・日常生活支援総合事業分を別途出力の上、通知します。

2 過誤調整（取り下げ）について

(1) 過誤調整（取り下げ）とは

- ・事業所が国保連合会に請求を行って、既に支払いを受けた金額（介護給付費）を、一旦、請求する前（未請求）の状態に戻すことを「過誤調整」あるいは「取り下げ」と言います。

(2) 過誤調整はどのような時に行うのか

- ・過誤調整を行う目的は、誤って請求した内容を取り下げて、正しいものを再請求できるようにすることです。以下のような場合に、過誤調整を行います。

- ① 事業所の請求が誤っていて、本来より高い、あるいは低い金額を請求してしまい支払いを受けた場合
- ② 生活保護等の公費併用受給者の請求について、介護保険分（9割）だけを請求し、支払いを受けたが、公費分（1割）の請求をしていなかった場合
- ③ ほかの利用者のサービス実績を間違えて請求してしまい、支払いを受けた場合
- ④ 指導機関からの実地指導等により金額の返還を指導された場合

※過誤調整の内容によっては、再請求をしない場合もあります。

(3) 過誤調整の手続きについて

- ・過誤調整を行う場合は、サービス事業所から過誤調整を行う利用者の保険者（市町村）に、過誤調整を行いたい旨申し出を行います。

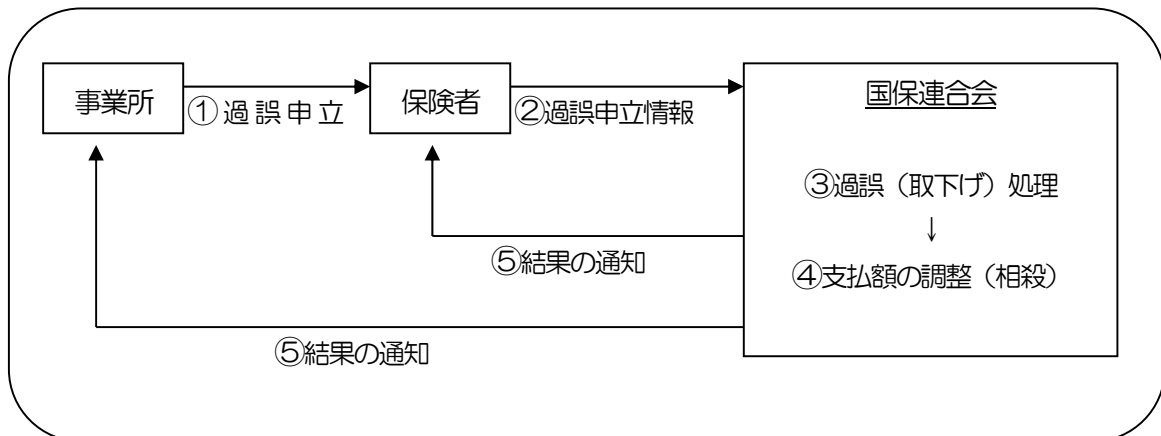
保険者が仙台市の場合は、各区役所の介護保険担当係に申し出を行います。

申し出の際は、資料の最後に添付している「介護給付費請求明細書の返戻依頼（請求取り下げ）について」（宮城県国保連合会ホームページにも様式を掲載）を作成し、保険者（市町村）に提出します。

提出期限については、各保険者（市町村）によって違うので電話等で確認してください。

(4) 通常の場合の過誤調整の流れについて

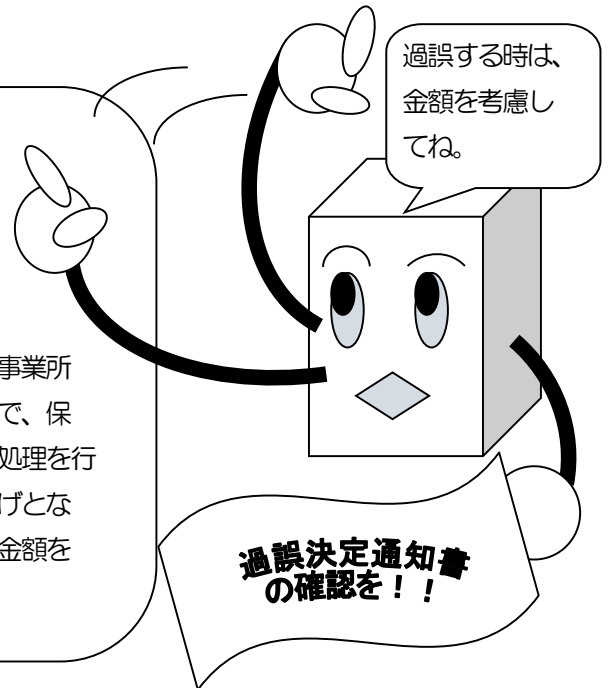
- ・通常過誤（取下げ）の処理の流れ



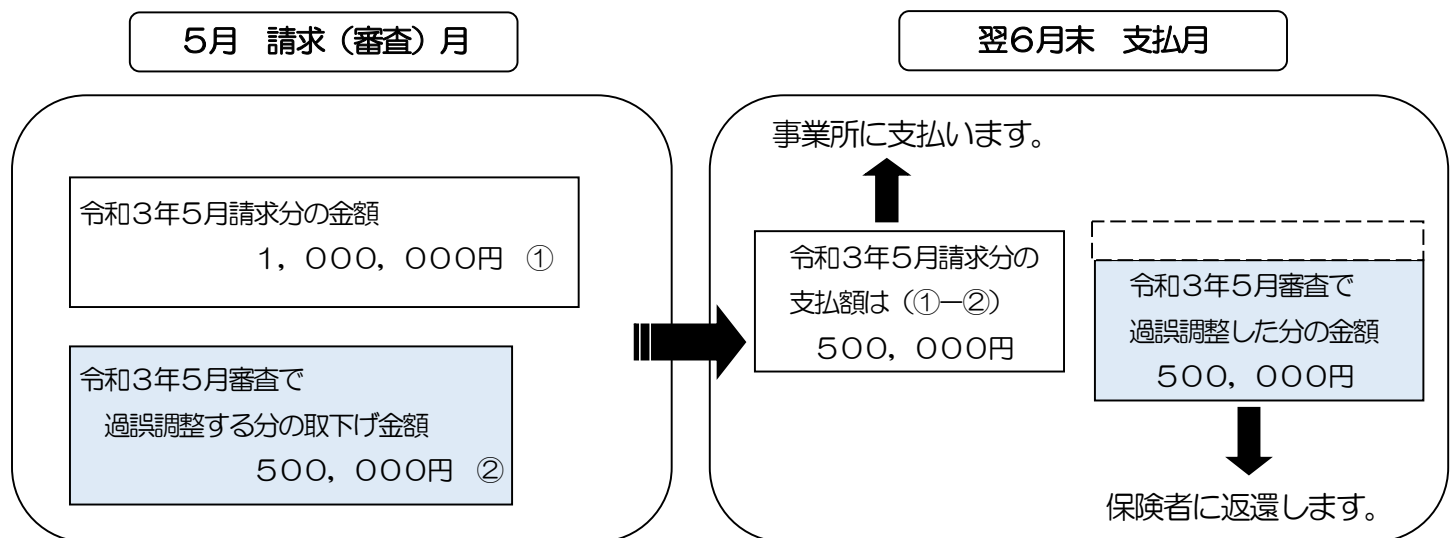
- ① サービス事業所は、「介護給付費請求明細書の返戻依頼（請求取り下げ）について」（以下、「取り下げ依頼書」という）を作成し、保険者に過誤申立（請求取り下げ）を依頼します。
- ② 保険者は、過誤申立情報を作成し、国保連合会に提出します。
- ③ 国保連合会は、過誤申立情報に基づき、過誤（取り下げ）処理を行います。
- ④ 国保連合会は、通常審査分の支払額から過誤処理分の金額を相殺して支払額を調整します。
- ⑤ 国保連合会は、処理結果を保険者及びサービス事業所に通知します。（過誤決定通知書）

(5) 過誤調整で相殺（そうさい）される金額について

- 過誤調整を行う請求明細書については、事業所は過去に保険者（市町村）から支払いを受けています。
- 過誤調整を行うということは、その支払いを受けた金額を国保連合会を通して、保険者（市町村）に返すということになります。
- 金額の返還は、国保連合会が過誤調整を行った月の、翌月末の事業所への通常請求分の支払い金額から、差し引き（相殺）することで、保険者に返還されることとなります。ただし、過誤（取り下げ）処理を行った結果、相殺ができない場合（支払金額がない場合、取り下げとなる金額が支払い金額を上回る場合等）は、相殺ができなかった金額を国保連合会へ別途お支払いいただくこととなります。



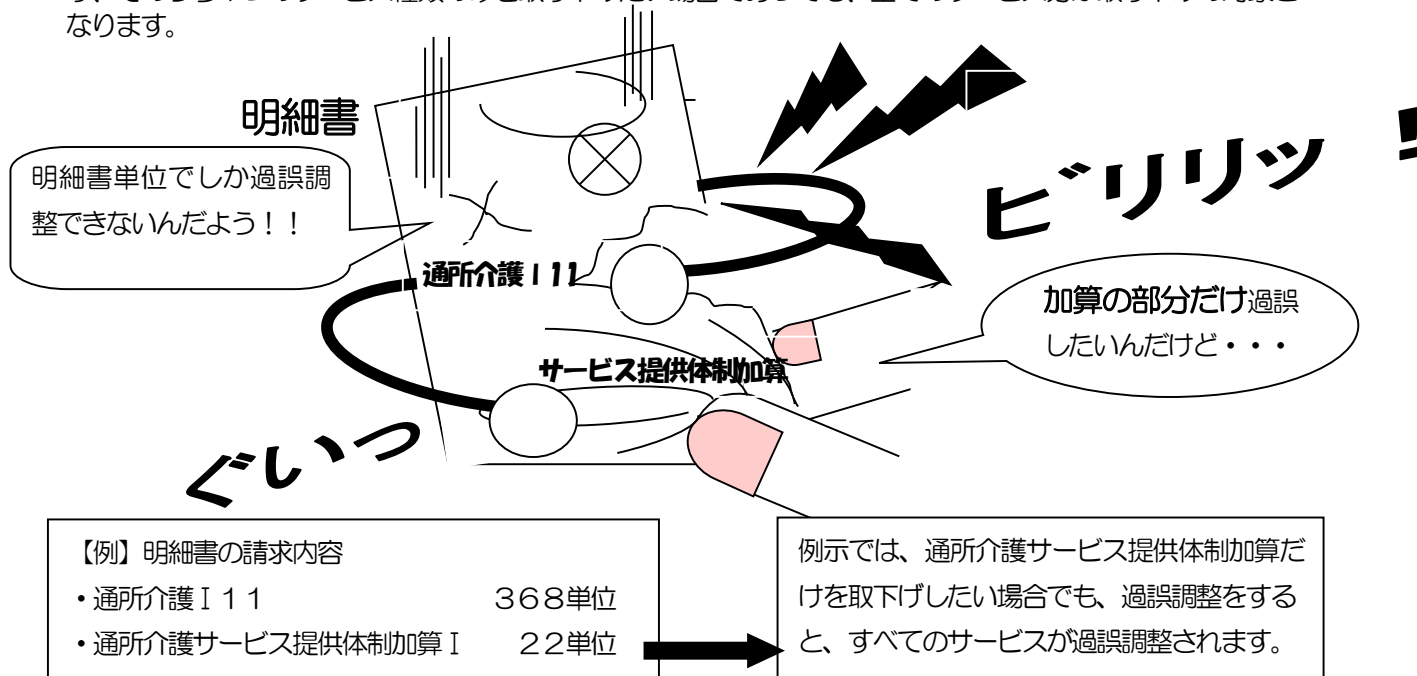
通常過誤調整で相殺される金額のイメージ



(6) 過誤調整を依頼するにあたっての注意点

1枚の明細書（1人分の明細書データ）のうちの一部だけを過誤調整することは出来ません。

- 過誤調整（取り下げ）の依頼は請求明細書単位での依頼となることから、1枚の明細書で複数のサービスがあり、そのうち1つのサービス種類のみを取り下げたい場合であっても、全てのサービス分が取り下げの対象となります。



一部分だけの過誤調整は出来ないため、過誤調整を行った結果、事業所が思っていたよりも多い金額が相殺され、支払額が少なくなってしまう場合がありますので、ご注意ください。

- 過誤調整（取下げ）を、保険者に依頼ができるのは、国保連合会での審査が終了して、保険者に確定した情報が届いてからになります。（連合会から保険者への送付は審査月の翌月13日頃になります）
- 保険者に過誤調整（取下げ）処理を依頼する際は、保険者によって受付締切日が異なりますので、事前に該当保険者に確認願います。
- 国保連合会の審査の結果、返戻となった請求を再請求する場合、保険者への過誤依頼は必要ありません。（事業者へ返戻しているため、過誤調整（取下げ）する実績（金額）がないためです。）

(7) 過誤調整処理後の再請求

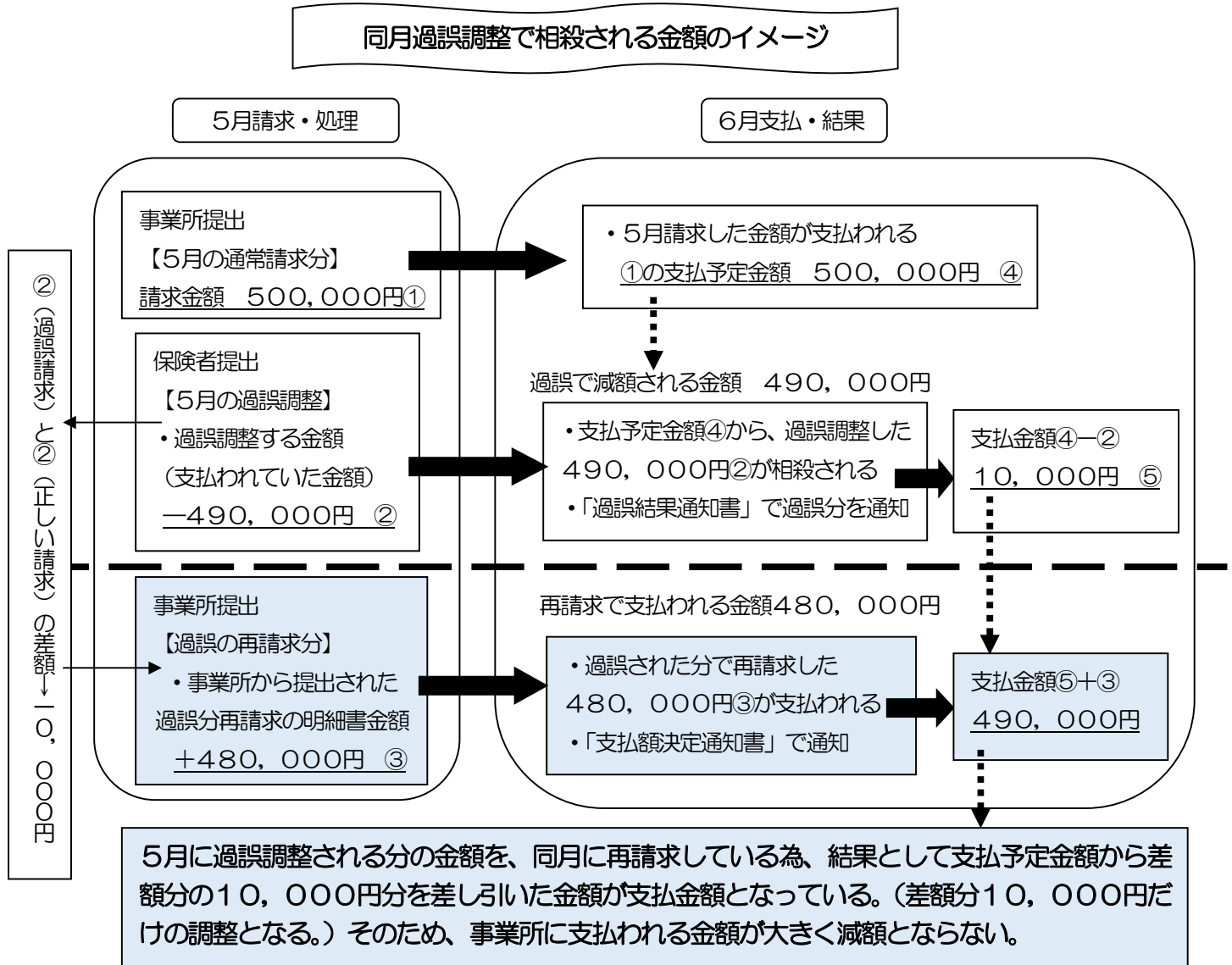
過誤調整（取下げ）処理後に再請求が必要な場合は、原則、国保連合会から通知される「介護給付費過誤決定通知書」で過誤処理の結果を確認後、正しい請求明細書を作成し国保連合会へ再請求を行います。

<令和3年5月に過誤処理を行った場合の処理日程>

令和3年5月	令和3年6月	令和3年7月	令和3年8月
過誤調整処理	過誤処理結果の通知 支払額の調整（相殺）	事業所が再請求	再請求分の支払

(8) 同月過誤調整（特殊な過誤）について

同月過誤とは、通常過誤と違い、国保連合会での過誤調整（取り下げ）の処理と、事業所等からの再請求の受け付けを同月に行うことにより、結果として、過誤調整でマイナスになる金額と、再請求でプラスになる金額の差額だけを、調整する過誤調整の方法のことです。



(9) 同月過誤調整の支払日程等

① 同月過誤調整を行った場合の再請求分の支払日程

令和3年5月に同月過誤調整を行った場合

令和3年5月	令和3年6月
<ul style="list-style-type: none"> ・過誤調整処理 ・過誤調整分の再請求受付審査 	<ul style="list-style-type: none"> ・過誤処理結果の通知 ・支払額の調整（相殺）

② 通常過誤と同月過誤の処理日程比較

	令和3年5月	令和3年6月	令和3年7月	令和3年8月
通常過誤	・過誤調整処理	・過誤調整処理結果の通知・ 支払額の調整（相殺） （マイナスのみ）	・過誤調整分再請求 受付・審査	・再請求分の支払
同月過誤	・過誤調整処理 ・再請求分受付・審査	・過誤調整処理結果の通知・ 支払額の調整（相殺） （マイナスとプラス）		

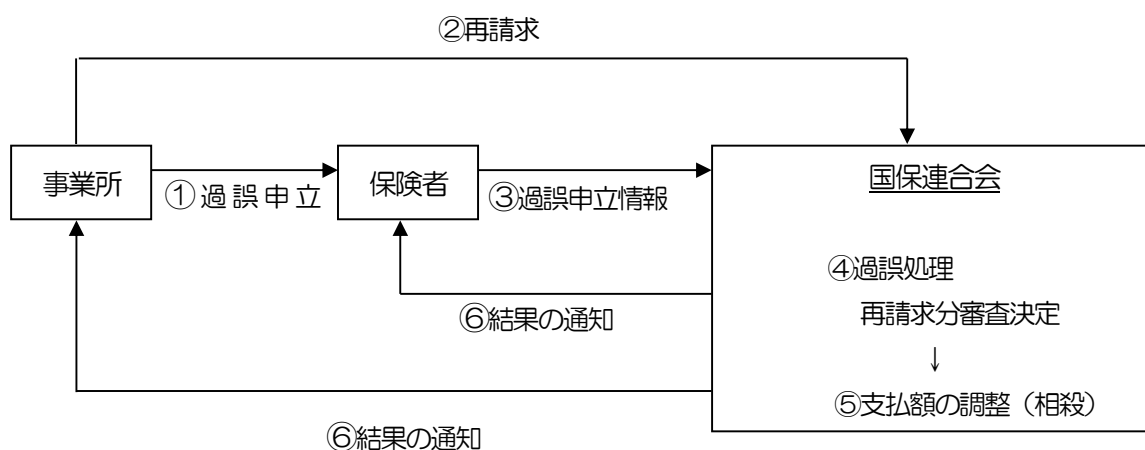
(10) 同月過誤調整を行う場合の条件について

- ① 過誤対象となる請求明細書が大量の場合
- ② 保険者が認めた場合

(11) 同月過誤を実施するに当たっての注意点

- ① 依頼の前に、保険者へ同月過誤の実施について連絡し、了承を得ること。
- ② 保険者と事業所間で実施月を調整すること。（保険者が国保連合会へ過誤情報を提出する月と事業所が再請求する月が同月であることを確認してください。）
- ③ 同月に再請求を行わない場合は、過誤（取り下げ）処理のみとなります。
- ④ 県内保険者に係る過誤（取り下げ）のみが対象となります。
- ⑤ 同月過誤処理を実行した結果、事業所等からの再請求の提出がないために、当該事業所等からの請求額に対して過誤調整額が上回り、相殺ができない場合は、相殺できなかった金額を現金（口座振込）で国保連合会にお支払いいただくこととなります。

(12) 同月過誤調整（取下）・再請求審査処理の流れについて



【事業所等】

- ①-1 該当保険者に対して、大量の請求誤り等が発生した旨を連絡（同月過誤調整の了承を得る）
- ①-2 取下げ依頼書を作成し、該当保険者に提出（依頼）するとともに、同月過誤・再請求の処理年月について調整
- ② 請求取り下げを依頼した再請求分の請求明細書を作成（請求漏れがないように注意して作成すること）
※ 再請求分の請求明細書については、過誤（取下げ）処理を行う月の受付締切日（毎月10日）までに通常請求分と併せて提出（期日厳守）

【保険者】

- ③ 事業所等からの取下げ依頼書を基に介護給付費過誤申立書情報を作成し国保連合会に提出

【国保連合会】

- ④-1 保険者からの介護給付費過誤申立情報を受付、処理
- ④-2 事業所等からの再請求（取下げ依頼分）を通常請求分と併せて毎月の受付締切日までに受付し、再請求分を審査、決定
- ⑤ 支払額の調整（相殺）を行い、支払額を確定
- ⑥ 処理結果を保険者及びサービス事業所に通知（過誤決定通知書）

< 処理実施後の取扱い >

【事業所等】

- ① 国保連合会から送付された介護給付費支払決定額等を受領
- ② 保険者へ依頼した「同月過誤処理」内容と介護給付費過誤決定通知書を確認（内容に漏れがないか確認）
- ③ 介護給付費の再請求分の決定を介護給付費等支払決定額内訳書で確認

(13) 給付管理票の取消（居宅介護支援事業所のみ該当）

サービスの利用実績がなかったが、誤って給付管理票を提出し、決定された場合、給付管理票の「取消」を作成し国保連合会へ提出することにより、決定された給付管理票が取り消されます。

< 注意 >

- ① 給付管理票とともにサービス計画費を請求し決定されていた場合、給付管理票の取り消しにより、サービス計画費も取り消し（過誤）となります。
- ② サービス事業所からの請求があった場合、①同様、サービス事業所の請求もすべて取り消し（過誤）となります。

3 介護給付費等請求に係る各種様式について

- 介護給付費等の請求を行う際に必要な様式については、国保連合会ホームページに掲載していますので、必要に応じてダウンロード等していただき、必要事項を記載の上、国保連合会へ提出願います。【宮城県国保連合会ホームページ】 <https://www.miyagi-kokuho.or.jp/>

【主な様式】

(1) 介護給付費請求書等

- ① 送達票（介護給付費及び予防・日常生活支援総合事業費請求書等送達票）
 - ・国保連合会へ請求するサービス提供月ごとの請求件数、金額等を記載していただくものです。
 - ・送達票を作成する際には、介護給付費等の請求と介護予防・日常生活支援総合事業の請求の欄を分けて記載願います。（送達票作成の際は、宮城県国保連合会ホームページに掲載の様式をご利用ください。）
- ② 請求書
 - ・介護給付費等を紙の様式で請求する際に、サービス提供月ごとに取りまとめて添付するものです。
※インターネット請求及び媒体での請求の場合は、提出の必要はありません。
- ③ 請求明細書
 - ・利用者ごとに1か月の実績や保険請求額等を記載して作成するものです。
- ④ 給付管理票総括票
 - ・給付管理票を紙の様式で提出する際に取りまとめて添付するものです。
※インターネット請求及び媒体での請求の場合は、提出の必要はありません。
- ⑤ 給付管理票
 - ・利用者ごとに1か月の計画単位数等を記載して作成するものです。

※ ②～⑤については、国保連合会に免除届を提出している事業所のみ、紙の様式での提出が可能となります。

(2) 介護給付費等の請求及び受領に関する届

- ・介護給付費等の請求方法や国保連合会から支払いを行う際の振込先の銀行口座、口座名義人等を届出してください。
- ・既に届出している口座等に変更があった場合も、本様式にて速やかに届出してください。

(3) 介護給付費等支払決定額通知書等再発行依頼書

- ・国保連合会から送付されている「介護給付費等支払決定額通知書」などの各種帳票について、紛失等により再発行が必要となった場合に提出していただくものです。
- ・再発行依頼を行う際には、依頼書と併せて返信用切手を貼付した封筒も送付願います。
- ・インターネット請求の事業所で、伝送での再発行を希望する場合は「備考」欄にその旨を記載いただくよう願います。その場合、返信用封筒の添付は不要です。

4 令和3年度介護報酬改定による留意点について

令和3年4月の介護報酬改正に伴い、令和3年4月サービス分から令和3年9月サービス分までは、基本報酬に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を加えた額が基本報酬となりました。

◆サービス事業所のみなさまへ◆

○令和3年9月サービス分までは、必ず当該上乗せ分の請求を行う必要があります。

当該上乗せ分の請求を行わない場合、国保連合会の審査において返戻となりますのでご注意ください。

○「令和3年9月30日までの上乗せ分」は限度額管理対象単位数であるため、給付費明細書の「限度額管理対象単位数」に計上します。

◆居宅介護支援事業所のみなさまへ◆

○居宅介護支援費についても、「令和3年9月30日までの上乗せ分」について請求を行う必要があります。

○給付管理票の給付計画単位数については、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を考慮した単位数で作成願います。

○給付計画単位数に「令和3年9月30日までの上乗せ分」の単位数が反映されていない場合は、給付管理票との突合審査により、サービス事業所の請求が返戻もしくは査定（減額）となりますので、ご留意願います。

◆令和3年4月サービス分～令和3年9月サービス提供分までの計算方法について◆

① 1月当たりの基本報酬に0.1%を乗じた額が「令和3年9月30日までの上乗せ分」の額となります。（四捨五入。1単位未満となる場合は切り上げ）

※ただし、基本報酬に加減算を乗じた額をサービスコードとしている場合には、当該サービスコードによる1月あたりの算定単位数に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を乗じます。

令和3年3月19日、3月31日付厚生労働省事務連絡

「I 資料10 令和3年9月30日までの上乗せ分の算定対象となる報酬について」掲載のサービスコードを参照

② 基本報酬に係るその他の加減算（共生型サービスにおける減算、特別地域加算、同一建物減算等）の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含めます。

③ 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含めます。

④ サービスコードは「令和3年9月30日までの上乗せ分」として厚生労働省がサービス種類毎に定めたサービスコードを設定してください。

例) 訪問介護 ⇒ 11-8300

通所リハ ⇒ 16-8300

通所介護 ⇒ 15-8300

居宅療養管理指導 ⇒ 31-8300

※ 令和3年4月版サービスコードは、WAMNETまたは国保連合会ホームページに掲載しておりますので、ご確認ください。

※ 令和3年10月サービス提供分以降の請求については今後発出される通知等をご確認願います。

参考として令和3年3月31日付厚生労働省事務連絡「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について（確定版）」のI資料10の抜粋を添付いたします。

各種サービスの詳しいサービスコード及び令和3年4月報酬改定における介護給付費の様式記載例については、国保連合会ホームページに掲載しておりますので、併せてご確認ください。

〔 参 考 〕

- 令和3年3月19日付厚生労働省事務連絡
「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について（その6）」
- 令和3年3月31日付厚生労働省事務連絡
「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について（確定版）」

I 資料10 「令和3年9月30日までの上乗せ分の算定対象となる報酬について」

III 資料 3 「令和3年4月報酬改定における介護給付費の様式記載例」

本参考資料の掲載先（WAMNETのURL）

<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail?gno=7820&ct=020050010>

「令和3年9月30日までの上乗せ分」の計算方法について

I-資料10

- ① 令和3年9月30日までは、基本報酬に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を加えた額が基本報酬となる。
 具体的には、1月当たりの基本報酬に0.1%を乗じた額（四捨五入。ただし、1単位未満となる場合は切り上げ。）が「令和3年9月30日までの上乗せ分」の額となる。
 ただし、基本報酬に加減算を乗じた額をサービスコードとしている場合には、当該サービスコードによる1月あたりの算定単位数に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を乗じることとなる。
 そのため、以下表に「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり、1月あたりの算定単位数として合計する基本報酬と加減算等をサービスごとに示す。
- ② 基本報酬に係るその他の加減算（共生型サービスにおける減算、特別地域加算、同一建物減算等）の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。
- ③ 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。

■サービス種類別「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード

No	サービス種類	「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード
1	訪問介護	対象となるサービスコード 別紙「訪問介護」参照 (※) 基本部分（「イ 身体介護」～「ハ 通院等乗降介助」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・身体介護に引き続き生活援助を行った場合 ・2人の訪問介護員等による場合 ・夜間若しくは早朝の場合又は深夜の場合 ・特定事業所加算Ⅰ～Ⅳ
2	訪問入浴介護	対象となるサービスコード 別紙「訪問入浴」参照 (※) 基本部分（「イ 訪問入浴介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・介護職員3人が行った場合 ・全身入浴が困難で、清拭又は部分浴を実施した場合
3	訪問看護	対象となるサービスコード 別紙「訪問看護」参照 (※) 基本部分（「イ 指定訪問看護ステーションの場合」～「ハ 定期巡回・随時対応随時対応訪問看護看護事業所と連携する場合」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・准看護師の場合 ・夜間又は早朝の場合、若しくは深夜の場合 ・複数名訪問加算 ・1時間30分以上の訪問看護を行う場合 ・要介護5の者の場合
4	訪問リハビリテーション	対象となるサービスコード 別紙「訪問リハビリ」参照 (※) 基本部分（「イ 訪問リハビリテーション費」）に係るサービスコード
5	居宅療養管理指導	対象となるサービスコード 別紙「居宅療養管理指導」参照 (※) 基本部分（「イ 医師が行う場合」～「ホ 歯科衛生士等が行う場合」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・特別な薬剤の投薬が行われている在宅の利用者又は居住系施設入居者等に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合
6	通所介護	対象となるサービスコード 別紙「通所介護」参照 (※) 基本部分（「イ 通常規模型通所介護費」～「ハ 大規模型通所介護費（Ⅱ）」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・利用者の数が利用定員を超える場合 ・看護・介護職員の員数が基準に満たない場合 ・2時間以上3時間未満の通所介護を行う場合
7	通所リハビリテーション	対象となるサービスコード 別紙「通所リハビリ」参照 (※) 基本部分（「イ 通常規模の事業所の場合」～「ハ 大規模の事業所（Ⅱ）の場合」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・利用者の数が利用定員を超える場合 ・医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護・介護職員の員数が基準に満たない場合
8	短期入所生活介護	対象となるサービスコード 別紙「短期入所生活」参照 (※) 基本部分（「イ 短期入所生活介護費」、「ロ ユニット型短期入所生活介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・利用者の数及び入所者の数の合計数が入所定員を超える場合 ・介護・看護職員の員数が基準に満たない場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
9	短期入所療養介護 イ 介護老人保健施設における短期入所療養介護費	対象となるサービスコード 別紙「短期入所療養イ」参照 (※) 基本部分（「(1) 介護老人保健施設短期入所療養介護費」～「(3) 特定介護老人保健施設短期入所療養介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・利用者の数及び入所者の数の合計数が入所定員を超える場合 ・医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の員数が基準に満たない場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合

「令和3年9月30日までの上乗せ分」の計算方法について

1-資料10

- ① 令和3年9月30日までは、基本報酬に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を加えた額が基本報酬となる。
 具体的には、1月当たりの基本報酬に0.1%を乗じた額（四捨五入。ただし、1単位未満となる場合は切り上げ。）が「令和3年9月30日までの上乗せ分」の額となる。
 ただし、基本報酬に加減算を乗じた額をサービスコードとしている場合には、当該サービスコードによる1月あたりの算定単位数に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を乗じることとなる。
 そのため、以下表に「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり、1月あたりの算定単位数として合計する基本報酬と加減算等をサービスごとに示す。
- ② 基本報酬に係るその他の加減算（共生型サービスにおける減算、特別地域加算、同一建物減算等）の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。
- ③ 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。

■サービス種類別「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード

No	サービス種類	「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード
10	短期入所療養介護 □ 療養病床を有する病院 における短期入所療養介護費	対象となるサービスコード 別紙「短期入所療養Ⅰ」参照 (※) 基本部分（「(1) 病院療養病床短期入所療養介護費」～「(5) 特定病院療養病床短期入所療養介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・利用者の数及び入院患者の数の合計数が入院患者の定員を超える場合 ・看護・介護職員の員数が基準を満たさない場合 ・看護師が基準に定められた看護職員の員数に20/100を乗じて得た数未満の場合 ・僻地の医師確保計画を届出たもので、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 ・僻地の医師確保計画を届出たもの以外で、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
11	短期入所療養介護 Ⅷ 診療所における短期入 所療養介護費	対象となるサービスコード 別紙「短期入所療養Ⅷ」参照 (※) 基本部分（「(1) 診療所短期入所療養介護費」～「(3) 特定診療所短期入所療養介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・利用者の数及び入院患者の数の合計数が入院患者の定員を超える場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
12	短期入所療養介護 Ⅱ 老人性認知症疾患療養 病棟を有する病院における短 期入所療養介護費	対象となるサービスコード 別紙「短期入所療養Ⅱ」参照 (※) 基本部分（「(1) 認知症疾患型短期入所療養介護費」～「(4) 特定認知症疾患型短期入所療養介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・利用者の数及び入院患者の数の合計数が入院患者の定員を超える場合 ・看護・介護職員の員数が基準を満たさない場合 ・看護師が基準に定められた看護職員の員数に20/100を乗じて得た数未満の場合 ・僻地の医師確保計画を届出たもので、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 ・僻地の医師確保計画を届出たもの以外で、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
13	短期入所療養介護 Ⅳ 介護医療院における短 期入所療養介護費	対象となるサービスコード 別紙「短期入所療養Ⅳ」参照 (※) 基本部分（「(1) I型介護医療院短期入所療養介護費」～「(7) 特定介護医療院短期入所療養介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・利用者の数及び入院患者の数の合計数が入院患者の定員を超える場合 ・医師、薬剤師、看護職員、介護職員の員数が基準を満たさない場合 ・看護師が基準に定められた看護職員の員数に20/100を乗じて得た数未満の場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
14	特定施設入居者生活介護	対象となるサービスコード 別紙「特定施設」参照 (※) 基本部分（「イ 特定施設入居者生活介護費」～「Ⅷ 短期利用特定施設入居者生活介護費」）及び委託先である指定介護サービス事業者により行われる訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・看護・介護職員の員数が基準を満たさない場合 ・介護職員の員数が基準を満たさない場合
15	福祉用具貸与	対象なし
16	居宅介護支援	対象となるサービスコード 別紙「居宅介護支援」参照 (※) 基本部分（「イ 居宅介護支援費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・運営基準減算 ・特別地域居宅介護支援加算 ・中山間地域等における小規模事業所加算 ・中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

「令和3年9月30日までの上乗せ分」の計算方法について

- ① 令和3年9月30日までは、基本報酬に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を加えた額が基本報酬となる。
 具体的には、1月当たりの基本報酬に0.1%を乗じた額（四捨五入。ただし、1単位未満となる場合は切り上げ。）が「令和3年9月30日までの上乗せ分」の額となる。
 ただし、基本報酬に加減算を乗じた額をサービスコードとしている場合には、当該サービスコードによる1月あたりの算定単位数に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を乗じることとなる。
 そのため、以下表に「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり、1月あたりの算定単位数として合計する基本報酬と加減算等をサービスごとに示す。
- ② 基本報酬に係るその他の加減算（共生型サービスにおける減算、特別地域加算、同一建物減算等）の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。
- ③ 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。

■サービス種類別「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード

No	サービス種類	「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード
17	介護福祉施設サービス	対象となるサービスコード 別紙「介護福祉施設」参照 (※) 基本部分（「イ 介護福祉施設サービス費」・「ロ ユニット型介護福祉施設サービス費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・入所者の数が入所定員を超える場合 ・介護・看護職員又は介護支援専門員の員数が基準を満たさない場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
18	介護保健施設サービス	対象となるサービスコード 別紙「介護保健施設」参照 (※) 基本部分（「イ 介護保健施設サービス費」、「ロ ユニット型介護保健施設サービス費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・入所者の数が入所定員を超える場合 ・医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は介護支援専門員の員数が基準を満たさない場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
19	介護療養施設サービス イ 療養病床を有する病院における介護療養施設サービス	対象となるサービスコード 別紙「介護療養施設イ（令和元年10月1日～）」、「介護療養施設イ（令和3年4月1日～）」参照 (※) 基本部分（「(1) 療養型介護療養施設サービス費」～「(4) ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・入院患者の数が入院患者の定員を超える場合 ・看護・介護職員の員数が基準を満たさない場合 ・介護支援専門員の員数が基準を満たさない場合 ・看護師が基準に定められた看護職員の員数に20/100を乗じて得た数未満の場合 ・僻地の医師確保計画を届出たもので、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 ・僻地の医師確保計画を届出たもの以外で、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 ・一定の要件を満たす入院患者の数が規準を満たさない場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
20	介護療養施設サービス ロ 療養病床を有する診療所における介護療養施設サービス	対象となるサービスコード 別紙「介護療養施設ロ（令和3年10月1日～）」、「介護療養施設ロ（令和3年4月1日～）」参照 (※) 基本部分（「(1) 診療所型介護療養施設サービス費」、「(2) ユニット型診療所型介護療養施設サービス費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・入院患者の数が入院患者の定員を超える場合 ・一定の要件を満たす入院患者の数が規準を満たさない場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
21	介護療養施設サービス ハ 老人性認知症患者療養病棟を有する病院における介護療養施設サービス	対象となるサービスコード 別紙「介護療養施設ハ」参照 (※) 基本部分（「(1) 認知症患者型介護療養施設サービス費」～「(3) ユニット型認知症患者型介護療養施設サービス費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・入院患者の数が入院患者の定員を超える場合 ・看護・介護職員の員数が基準を満たさない場合 ・介護支援専門員の員数が基準を満たさない場合 ・看護師が基準に定められた看護職員の員数に20/100を乗じて得た数未満の場合 ・僻地の医師確保計画を届出たもので、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 ・僻地の医師確保計画を届出たもの以外で、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 ・一定の要件を満たす入院患者の数が規準を満たさない場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
22	介護医療院サービス	対象となるサービスコード 別紙「介護医療院」参照 (※) 基本部分（「イ I型介護医療院サービス費」～「ハ ユニット型特別介護医療院サービス費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・入所者の数が入所者の定員を超える場合 ・医師、薬剤師、看護職員、介護職員、介護支援専門員の員数が基準を満たさない場合 ・看護師が基準に定められた看護職員の員数に20/100を乗じて得た数未満の場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合

「令和3年9月30日までの上乗せ分」の計算方法について

I-資料10

- ① 令和3年9月30日までは、基本報酬に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を加えた額が基本報酬となる。
 具体的には、1月当たりの基本報酬に0.1%を乗じた額（四捨五入。ただし、1単位未満となる場合は切り上げ。）が「令和3年9月30日までの上乗せ分」の額となる。
 ただし、基本報酬に加減算を乗じた額をサービスコードとしている場合には、当該サービスコードによる1月あたりの算定単位数に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を乗じることとなる。
 そのため、以下表に「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり、1月あたりの算定単位数として合計する基本報酬と加減算等をサービスごとに示す。
- ② 基本報酬に係るその他の加減算（共生型サービスにおける減算、特別地域加算、同一建物減算等）の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。
- ③ 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。

■サービス種類別「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード

No	サービス種類	「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード
23	介護予防訪問入浴介護	対象となるサービスコード 別紙「予防訪問入浴」参照 (※) 基本部分（「イ 介護予防訪問入浴介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・介護職員2人が行った場合 ・全身入浴が困難で、清拭又は部分浴を実施した場合
24	介護予防訪問看護	対象となるサービスコード 別紙「予防訪問看護」参照 (※) 基本部分（「イ 指定介護予防訪問看護ステーションの場合」、「ロ 病院又は診療所の場合」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・准看護師の場合 ・夜間若しくは早朝の場合又は深夜の場合 ・複数名訪問加算 ・1時間30分以上の介護予防訪問看護を行う場合
25	介護予防訪問リハビリテーション	対象となるサービスコード 別紙「予防訪問リハ」参照 (※) 基本部分（「イ 介護予防訪問リハビリテーション費」）に係るサービスコード
26	介護予防居宅療養管理指導	対象となるサービスコード 別紙「予防居宅療養管理指導」参照 (※) 基本部分（「イ 医師が行う場合」～「ホ 歯科衛生士等が行う場合」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・特別な薬剤の投薬が行われている在宅の利用者又は居住系施設入居者等に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合
27	介護予防通所リハビリテーション	対象となるサービスコード 別紙「予防通所リハ」参照 (※) 基本部分（「イ 介護予防通所リハビリテーション費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・利用者の数が利用定員を超える場合 ・医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護・介護職員の員数が基準に満たない場合
28	介護予防短期入所生活介護	対象となるサービスコード 別紙「予防短期入所生活」参照 (※) 基本部分（「イ 介護予防短期入所生活介護費」、「ロ ユニット型介護予防短期入所生活介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・利用者の数及び入所者の数の合計数が入所定員を超える場合 ・介護・看護職員の員数が基準に満たない場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
29	介護予防短期入所療養介護 イ 介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護費	対象となるサービスコード 別紙「予防短期入所療養イ」参照 (※) 基本部分（「（1）介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費」、「（2）ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・利用者の数及び入所者の数の合計数が入所定数を超える場合 ・医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の員数が基準に満たない場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
30	介護予防短期入所療養介護 ロ 療養病床を有する病院における介護予防短期入所療養介護費	対象となるサービスコード 別紙「予防短期入所療養ロ」参照 (※) 基本部分（「（1）病院療養病床介護予防短期入所療養介護費」～「（4）ユニット型病院療養病床経過型介護予防短期入所療養介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・利用者の数及び入院患者の数の合計数が入院患者の定員を超える場合 ・看護・介護職員の員数が基準に満たない場合 ・看護師が基準に定められた看護職員の員数に20/100を乗じて得た数未満の場合 ・僻地の医師確保計画を届出たもので、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 ・僻地の医師確保計画を届出たもの以外で、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合

「令和3年9月30日までの上乗せ分」の計算方法について

I-資料10

- ① 令和3年9月30日までは、基本報酬に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を加えた額が基本報酬となる。
 具体的には、1月当たりの基本報酬に0.1%を乗じた額（四捨五入。ただし、1単位未満となる場合は切り上げ。）が「令和3年9月30日までの上乗せ分」の額となる。
 ただし、基本報酬に加減算を乗じた額をサービスコードとしている場合には、当該サービスコードによる1月あたりの算定単位数に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を乗じることとなる。
 そのため、以下表に「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり、1月あたりの算定単位数として合計する基本報酬に加減算等をサービスごとに示す。
- ② 基本報酬に係るその他の加減算（共生型サービスにおける減算、特別地域加算、同一建物減算等）の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。
- ③ 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。

■サービス種類別「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード

No	サービス種類	「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード
31	介護予防短期入所療養介護 ハ 診療所における介護予防短期入所療養介護費	対象となるサービスコード 別紙「予防短期入所療養ハ」参照 (※) 基本部分（「(1) 診療所介護予防短期入所療養介護費」、 「(2) ユニット型診療所介護予防短期入所療養介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・利用者の数及び入院患者の数の合計数が入院患者の定員を超える場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
32	介護予防短期入所療養介護 ニ 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院における介護予防短期入所療養介護費	対象となるサービスコード 別紙「予防介護予防短期入所療養ニ」参照 (※) 基本部分（「(1) 認知症疾患型介護予防短期入所療養介護費」～「(3) ユニット型認知症疾患型介護予防短期入所療養介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・利用者の数及び入院患者の数の合計数が入院患者の定員を超える場合 ・看護・介護職員の員数が基準に満たない場合 ・看護師が基準に定められた看護職員の員数に20/100を乗じて得た数未満の場合 ・僻地の医師確保計画を届出たもので、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 ・僻地の医師確保計画を届出たもの以外で、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
33	介護予防短期入所療養介護 ホ 介護医療院における介護予防短期入所療養介護費	対象となるサービスコード 別紙「予防短期入所療養ホ」参照 (※) 基本部分（「(1) I型介護医療院介護予防短期入所療養介護費」～「(6) ユニット型特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・利用者の数及び入院患者の数の合計数が入院患者の定員を超える場合 ・医師、薬剤師、看護職員、介護職員の員数が基準に満たない場合 ・看護師が基準に定められた看護職員の員数に20/100を乗じて得た数未満の場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
34	介護予防特定施設入居者生活介護	対象となるサービスコード 別紙「予防特定施設」参照 (※) 基本部分（「イ 介護予防特定施設入居者生活介護費」、 「ロ 外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費」）及び委託先である指定介護予防サービス事業者により行われる訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、通所介護、介護予防通所リハビリテーション費、介護予防認知症対応型通所介護（Ⅰ）、介護予防認知症対応型通所介護（Ⅱ）、訪問型サービス費（Ⅰ）、訪問型サービス費（Ⅱ）、訪問型サービス費（Ⅲ）、通所型サービス費）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・看護・介護職員の員数が基準に満たない場合 ・介護職員の員数が基準に満たない場合
35	介護予防福祉用具貸与	対象なし
36	介護予防支援	対象となるサービスコード 別紙「介護予防支援」参照 (※) 基本部分（「イ 介護予防支援費」）に係るサービスコード
37	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	対象となるサービスコード 別紙「定期巡回・随時対応」参照 (※) 基本部分（「イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）」、 「ロ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅱ）」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・准看護師によりサービス提供が行われる場合
38	夜間対応型訪問介護	対象となるサービスコード 別紙「夜間訪問介護」参照 (※) 基本部分（「イ 夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）」、 「ロ 夜間対応型訪問介護費（Ⅱ）」）に係るサービスコード
39	地域密着型通所介護	対象となるサービスコード 別紙「地域通所介護」参照 (※) 基本部分（「イ 地域密着型通所介護費」、 「ロ 療養通所介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・利用者の数が利用定員を超える場合 ・看護・介護職員の員数が基準に満たない場合 ・入浴介助を行わない場合 ・過少サービスに対する減算 ・2時間以上3時間未満の地域密着型通所介護を行う場合

「令和3年9月30日までの上乗せ分」の計算方法について

I-資料10

- ① 令和3年9月30日までは、基本報酬に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を加えた額が基本報酬となる。
 具体的には、1月当たりの基本報酬に0.1%を乗じた額（四捨五入。ただし、1単位未満となる場合は切り上げ。）が「令和3年9月30日までの上乗せ分」の額となる。
 ただし、基本報酬に加減算を乗じた額をサービスコードとしている場合には、当該サービスコードによる1月あたりの算定単位数に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を乗じることとなる。
 そのため、以下表に「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり、1月あたりの算定単位数として合計する基本報酬と加減算等をサービスごとに示す。
- ② 基本報酬に係るその他の加減算（共生型サービスにおける減算、特別地域加算、同一建物減算等）の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。
- ③ 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。

■サービス種類別「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード

No	サービス種類	「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード
40	認知症対応型通所介護	対象となるサービスコード 別紙「認知通所介護」参照 (※) 基本部分（「イ 認知症対応型通所介護費（Ⅰ）」、「ロ 認知症対応型通所介護費（Ⅱ）」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・利用者の数が利用定員を超える場合 ・看護・介護職員の員数が基準に満たない場合 ・2時間以上3時間未満の認知症対応型通所介護を行う場合
41	小規模多機能型居宅介護	対象となるサービスコード 別紙「小規模多機能（短期利用以外）」、「小規模多機能（短期利用）」参照 (※) 基本部分（「イ 小規模多機能型居宅介護費」、「ロ 短期利用居宅介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・登録者数が登録定員を超える場合 ・従業者の員数が基準に満たない場合 ・過少サービスに対する減算
42	認知症対応型共同生活介護	対象となるサービスコード 別紙「認知症対応型（短期利用以外）」、「認知症対応型（短期利用）」参照 (※) 基本部分（「イ 認知症対応型共同生活介護費」、「ロ 短期利用認知症対応型共同生活介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・利用者の数が利用定員を超える場合 ・介護従業者の員数が基準に満たない場合
43	地域密着型特定施設入居者生活介護	対象となるサービスコード 別紙「地域特定施設」参照 (※) 基本部分（「イ 地域密着型特定施設入居者生活介護費」、「ロ 短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・看護・介護職員の員数が基準に満たない場合
44	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	対象となるサービスコード 別紙「地域福祉施設」参照 (※) 基本部分（「イ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費」～「二 経過的ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・入所者の数が入所定員を超える場合 ・介護・看護職員又は介護支援専門員の員数が基準に満たない場合 ・常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合
45	複合型サービス	対象となるサービスコード 別紙「複合型サービス（短期利用以外）」、「複合型サービス（短期利用）」参照 (※) 基本部分（「イ 看護小規模多機能型居宅介護費」、「ロ 短期利用居宅介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・登録者数が登録定員を超える場合 ・従業者の員数が基準に満たない場合 ・過少サービスに対する減算 ・サテライト体制未整備減算
46	介護予防認知症対応型通所介護	対象となるサービスコード 別紙「予防認知通所介護」参照 (※) 基本部分（「イ 介護予防認知症対応型通所介護費（Ⅰ）」、「ロ 介護予防認知症対応型通所介護費（Ⅱ）」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・利用者の数が利用定員を超える場合 ・看護・介護職員の員数が基準に満たない場合 ・2時間以上3時間未満の介護予防認知症対応型通所介護を行う場合
47	介護予防小規模多機能型居宅介護	対象となるサービスコード 別紙「予防小規模多機能（短期利用以外）」、「介護予防小規模多機能（短期利用）」参照 (※) 基本部分（「イ 介護予防小規模多機能型居宅介護費」、「ロ 介護予防短期利用居宅介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・登録者数が登録定員を超える場合 ・従業者の員数が基準に満たない場合 ・過少サービスに対する減算

「令和3年9月30日までの上乗せ分」の計算方法について

I-資料10

- ① 令和3年9月30日までは、基本報酬に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を加えた額が基本報酬となる。
 具体的には、1月当たりの基本報酬に0.1%を乗じた額（四捨五入。ただし、1単位未満となる場合は切り上げ。）が「令和3年9月30日までの上乗せ分」の額となる。
 ただし、基本報酬に加減算を乗じた額をサービスコードとしている場合には、当該サービスコードによる1月あたりの算定単位数に「令和3年9月30日までの上乗せ分」を乗じることとなる。
- そのため、以下表に「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり、1月あたりの算定単位数として合計する基本報酬に加減算等をサービスごとに示す。
- ②基本報酬に係るその他の加減算（共生型サービスにおける減算、特別地域加算、同一建物減算等）の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。
- ③介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算の計算対象に、「令和3年9月30日までの上乗せ分」を含める。

■サービス種類別「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード

No	サービス種類	「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード
48	介護予防認知症対応型共同生活介護	対象となるサービスコード 別紙「予防認知症対応型」参照 （※）基本部分（「イ 介護予防認知症対応型共同生活介護費」、「ロ 介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 ・利用者の数が利用定員を超える場合 ・介護従業者の員数が基準を満たさない場合
49	訪問型サービス（独自）	対象となるサービスコード 別紙「訪問型サービス（独自）」参照 （※）基本部分（「イ 訪問型サービス費（独自）（I）」～「ト 訪問型サービス費（独自）（短時間サービス）」）に係るサービスコード
50	通所型サービス（独自）	対象となるサービスコード 別紙「通所型サービス（独自）」参照 （※）基本部分（「イ 通所型サービス費（独自）」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・利用者の数が利用定員を超える場合 ・看護・介護職員の員数が基準を満たさない場合
51	介護予防ケアマネジメント	対象となるサービスコード 基本部分（「イ 介護予防ケアマネジメント費」）に係るサービスコード ※サービスコードは保険者が独自で設定する。

5 「請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表」について

宮城県国保連合会では、事業所が請求した請求明細書等の審査結果の1つとして、毎月月末から初旬に「請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表」を該当事業所へ伝送または送付しております。

送付後から10日の受付締め切りまでは、返戻等の問い合わせで電話が混み合い、即時回答できない場合がございます。

毎月、問い合わせを多くいただく事例を取りまとめましたので、お問い合わせの前に、ご確認ください。また、返戻の内容によっては、居宅介護支援事業所とサービス事業所での確認、保険者（市町村）への確認が必要となります。

【事例】

- (1) 返戻帳票の見方
- (2) エラーコード ⇒ 「査定でエラーのあるもの」
- (3) エラーコード ⇒ 「保留」
- (4) エラーコード ⇒ 「12SA」「ASSA」
- (5) エラーコード ⇒ 「12PA」
- (6) エラーコード ⇒ 「ANN4」「ANNM」
- (7) エラーコード ⇒ 「12PO」

請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表

事業所（保険者）番号 0470000000

令和××年××月審査分

令和××年××月××日

事業所（保険者）名 □□介護事業所

1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者（事業所）番号 保険者（事業所）名	被保険者番号 被保険者氏名	種別	サービス 提供年月	サービス 種類	サービス 項目等	単位数 特定入所者介護費等	事由	内 容	備 考
①「被保険者氏名」 返戻（または保留）となった請求明細書等の被保険者番号に対する被保険者氏名が表示されます。		④「サービス種類」 返戻（または保留）となった請求明細書等のサービス種類が表示されます。		⑧「内容」 返戻（または保留）となった請求明細書等の返戻（または保留）の内容（事由）が表示されます。					
②「種別」 返戻（または保留）となったものの種別が表示されます。 「請」… 請求明細書（サービス計画費を除く） 「サ」… サービス計画費（ケアプラン料） 「給」… 給付管理票 「ケ」… 介護予防ケアマネジメント費請求明細書（※総合事業の場合に限る）		⑤「サービス項目等」 返戻となった請求明細書のサービス項目コード等が表示されます。		⑨「備考」 返戻（または保留）となった請求明細書等の返戻（または保留）の内容（事由）を「介護保険審査チェックエラーコード一覧」のエラーコードで表示します。					
③「サービス提供年月」 返戻（または保留）となった請求明細書等のサービス提供年月が表示されます。		⑥「単位数（特定入所者介護費等）」 返戻（または保留）となった請求明細書等の単位数または特定入所者介護費が表示されます。		⑦「事由」 返戻（または保留）となった請求明細書等の事由に対する大まかな分類コードが表示されます。					
※介護予防・日常生活支援総合事業分については、様式は別様式となりますが、介護給付分と見方は同様となります。									

24

※ 種別：サ…サービス計画費請求明細書、 請…請求明細書、 給…給付管理票 ケ…介護予防ケアマネジメント費請求明細書（※総合事業の場合に限る）

※ 備考の保留は、当月審査分において居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターから給付管理票の提出がないため、保留扱いとしたものである。

<請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表の見方について>

各事業所から請求等のあった「介護給付費請求明細書」及び「給付管理票」について、チェックを行いエラーとなったものを「返戻」または「保留」としています。

この一覧表は、この返戻または保留となった「介護給付費明細書」及び「給付管理票」を各事業所へ通知するために作成しています。主なチェックは、次のとおりです。

- (1) 必要箇所への入力（記入）漏れ、入力（記入）誤りがあるもの。
- (2) 請求明細書等の請求額等に計算誤りがあるもの。
- (3) 該当被保険者の資格に関する情報（受給者台帳）、該当事業所の届出情報（事業所台帳）等と突合して、一致しなかったもの。
- (4) 請求明細書や給付管理票を重複して請求したのもや登録されていない給付管理票に対して「修正」の給付管理票が出されたもの。
- (5) その他、審査チェックでエラーとなったもの。

○ 各項目の説明（前ページの①～⑨に対応しています。）

①「被保険者氏名」

請求明細書等に入力（記入）された「保険者番号」・「被保険者番号」と保険者が本会へ登録している“受給者台帳”とを突合し、“受給者台帳”に登録されている「被保険者氏名」を表示しています。そのため、「保険者番号」・「被保険者番号」のどちらかでも入力（記入）誤りがあると、請求していると思っていた被保険者と違う「被保険者氏名」が表示される場合があります。また、“受給者台帳”に登録が無い場合は表示されません。再請求の場合は、「保険者番号」・「被保険者番号」を確認して提出して下さい。

②「種 別」

返戻または保留となったものの請求種別が表示されます。

「サ」… サービス計画費（ケアプラン料）

「請」… 請求明細書（サービス計画費を除く）

「給」… 給付管理票

「ケ」… 介護予防ケアマネジメント費請求明細書（※総合事業の場合に限る）

返戻または保留になっているものがどの種別かを必ず確認して、再提出（「保留」該当分を除く）して下さい。

③「サービス提供年月」

返戻または保留となった請求明細書等のサービス提供年月を表示しています。

請求年月ではありませんので、前月以前に提出した請求明細書が返戻されてこの帳票に表示される場合があります。

④「サービス種類」

返戻または保留となった請求明細書等のサービス種類をコードで表示します。

請求明細書・給付管理票1件に複数のサービスがあり、全てのサービスに該当するエラーがある場合は、すべてのサービスコード分を表示します。その中の一部のサービスコード分のみがエラーとなった場合は、エラーとなったサービスコード分のみを表示となります。

ただし、一部のサービスコード分の「返戻」または「保留」しか表示されていなくても、請求明細書・給付管理票は1件すべてが返戻または保留となります。

サービス種類欄が空欄は給付管理票の「合計情報」（サービス計画の合計）です。

⑤「サービス項目等」

返戻となった請求明細書等のサービス項目等を表示します。

返戻となった請求明細書のうち明細情報と特定入所者介護サービス費情報のエラーにはサービス項目コード、特定診療費・特別療養費情報のエラーには識別番号が表示されます。

⑥「単位数（特定入所者介護費等）」

返戻または保留となった請求明細書等の単位数または特定入所者介護費等を表示します。

請求明細書・給付管理票1件に複数のサービスがあり、すべてのサービスに該当するエラーがある場合は、すべてのサービスコード分の単位数を表示します。その中の一部のサービスコード分のみがエラーとなった場合は、エラーとなったサービスコード分の単位数のみを表示となります。

また、特定入所者介護費等については、単位数ではなく、「費用額合計」の表示となります。

⑦「事由」

請求明細書等が「返戻」または「保留」となった事由をアルファベット1文字で表示します。

事由記号の内容

「A」… 請求明細書等の基本的な項目に対する入力（記入）誤り、入力（記入）漏れ等で、審査処理で一次チェックエラーとなったもの。

「B」… 国保連合会の審査システムに保険者が登録する“受給者台帳”や県が登録する“事業所台帳”と請求明細書等を突合し、不一致としてエラーとなったもの。また、当月以前に請求又は登録のあった請求明細書や給付管理票に対して、再請求または登録しようとしてエラーとなったもの。
登録の無い給付管理票に対して修正をしようとしてエラーとなったもの等、審査処理で資格チェックエラーとなったもの。

「C」… 請求明細書に対する給付管理票との突合不一致のもの。
この場合、一覧表の備考欄は「保留」のものと「返戻」となるものがあります。

「D」… サービス計画費に対する給付管理票が未提出のもの。
この場合、一覧表の備考欄は「返戻」となります。

「E」… 介護給付費等審査委員会で返戻となったもの。

⑧「内 容」

請求明細書等が返戻（または保留）となった原因の項目とコメントを表示します。

この欄を参照して請求明細書等の修正等をして下さい。

⑨「備 考」

請求明細書等が返戻となった原因を4文字のコード（アルファベットと数字の組合せ）で表示します。

4文字のコードまたは「返戻」と表示されている場合は返戻扱い、「保留」と表示されている場合は、請求明細書等の受付は行っていますが、審査ができないため保留扱いとなります。エラーの原因と対応については、4文字のコード「エラーコード」毎に問い合わせの多いものを次ページ以降に掲載していますのでご参照下さい。

請求明細書・給付管理票返戻 (保留) 一覧表

事業所 (保険者) 番号	0470000000
--------------	------------

令和××年×月審査分

令和××年×月××日

事業所 (保険者) 名	<input type="checkbox"/> 介護事業所
-------------	--------------------------------

1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者 (事業所) 番号 保険者 (事業所) 名	被保険者番号 被保険者氏名	種別	サービス 提供年月	サービス 種類	サービス 項目等	単位数 特定入所者介護費等	事由	内 容	備 考
040000 △△市	0000000001 かご ぐわ	請	RXX.X	13		4,455	C	査定でエラーのあるもの	返戻

内容・・査定でエラーのあるもの

原因・・請求明細書と居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターが提出した給付管理票の内容が不一致で、かつ、特別地域加算、小規模事業所加算、中山間地域等提供加算等を含む請求がある場合にこのエラーとなり、主な原因として以下のことが考えられます。

- ① 請求明細書のサービス種類が給付管理票に入力 (記入) されていない場合
- ② 請求明細書を提出した事業所と給付管理票に記載されているサービス事業所番号が異なる場合
- ③ 給付管理票の単位数と異なる単位数が請求明細書の計画単位数に入力 (記入) されている場合

対応・・請求明細書の請求内容に誤りがなければ (サービス年月やサービスコード等に誤りがないか確認) 居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターに連絡し、給付管理票に実績を入れてもらう必要 (このとき給付管理票は「修正」で提出します) があります。請求明細書は返戻となっているので再請求しなければなりません。



ポイント! 原因の③について、通常、給付管理票に入力 (記入) されている単位数とサービス事業所が請求した単位数が異なる場合、給付管理票の単位数を基にマイナスされた単位数や0単位での決定となり、「介護保険審査増減単位数通知書」で審査結果をお知らせします。しかし、請求明細書に介護職員処遇改善加算以外の「区分支給限度基準額の算定対象外の加算」を算定している場合は査定されず返戻となります。請求単位数が減額となることによって、加算の単位数等に変更が生じる場合があるため「査定するとエラーになる」ということで、返戻となります。

請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表

事業所（保険者）番号 0470000000

令和××年××月審査分

令和××年××月××日

事業所（保険者）名 □□介護事業所

1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者（事業所）番号 保険者（事業所）名	被保険者番号 被保険者氏名	種別	サービス 提供年月	サービス 種類	サービス 項目等	単位数 特定入所者介護費等	事由	内 容	備 考
040000 △△市	0000000001 かこ 知	請	RXX.X	15		10,043	C	支援事業所に請求明細書に対応した給付管理票の提出依頼が必要	保留

内容・・支援事業所に請求明細書に対応した給付管理票の提出依頼が必要
サービス計画費に対応した給付管理票の提出が必要（支援事業所のサービス計画費の場合）

「返戻」となる場合もあり

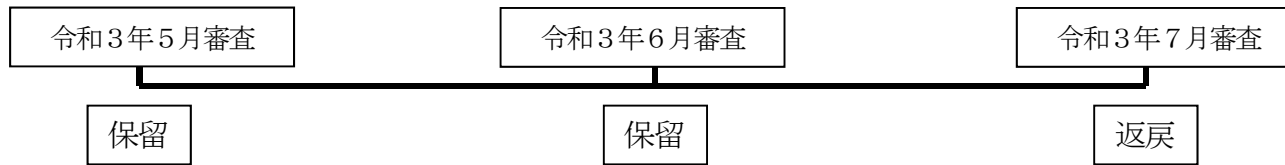
原因・・① 保留 利用者の請求明細書が提出されているが、サービス提供月が同月の給付管理票の提出がない場合または給付管理票が返戻となっている場合に、このエラーとなります。給付管理票、請求明細書ともに1月単位での提出となります。

国保連合会では、通常2ヶ月間請求情報を保留するようにしています。（この保留期間は、各県の国保連合会によって違います）保留されている期間中に、該当の給付管理票が提出されれば、その提出された審査年月で保留となっていた請求明細書の審査が行われます。

② 返戻 保留期間内に給付管理票が提出されなければ請求明細書は返戻となります。この場合、備考欄には“返戻”と表示されます。

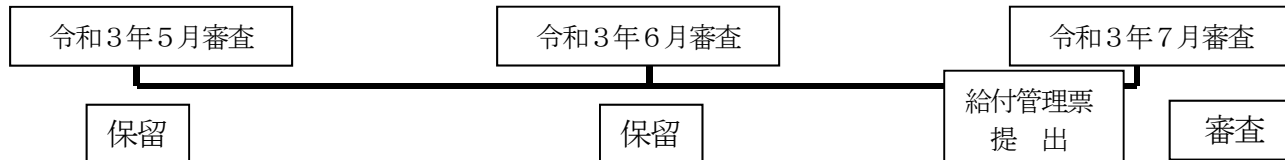
対応・・①該当利用者の居宅介護支援事業所または地域包括支援センターへ連絡をして、給付管理票を国保連合会へ提出するように依頼します。①の場合は、請求明細書を再請求する必要はありません。②の場合は、請求明細書を再請求する必要があります。

【例 1】 令和3年5月審査分で「保留」となり、給付管理票が提出されなかった場合



最初に保留となった翌々月に「返戻」となります。

【例 2】 令和3年5月審査分で「保留」となり、令和3年7月審査時に給付管理票が提出された場合



保留期間中に給付管理票が提出されれば、その月の審査対象になります。（支払いは審査の翌月振込分となります。）

請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表

事業所（保険者）番号	0470000000
------------	------------

令和××年×月審査分

令和××年×月×日

事業所（保険者）名	<input type="checkbox"/> 介護事業所
-----------	--------------------------------

1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者（事業所）番号 保険者（事業所）名	被保険者番号 被保険者氏名	種別	サービス 提供年月	サービス 種類	サービス 項目等	単位数 特定入所者介護費等	事由	内 容	備 考
040000 △△市	0000000001 かご 知ゆ	請	RXX.X	51		20,850	B	保険給付率：市町村認定の給付率と相違	12SA
040000 △△市	0000000001 かご 知ゆ	請	RXX.X	51		20,850	B	保険請求額：記載された値が計算値を超過	ASSA

内容・・**保険給付率：市町村認定の給付率と相違**

原因・・受給者台帳の給付率と請求した給付率が相違することに伴い、受給者台帳の給付率に基づき計算された値を超えているためエラーとなります。

※給付率相違のエラー（12SA）となった場合、連合会の受給者台帳の給付率を基に計算した金額と審査されるため、計算値を超過のエラー（ASSA）が併せて出力されます。

対応・・請求した給付率が正しいかを確認し、誤っている場合は正しい給付率および請求額に修正のうえ、再請求して下さい。なお、給付率に誤りがない場合は、国保連合会に登録している給付率と相違がないか保険者（市町村または福祉事務所の介護保険担当係）へ照会して下さい。

請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表

事業所（保険者）番号	0470000000
------------	------------

令和××年×月審査分

令和××年×月××日

事業所（保険者）名	□□介護事業所
-----------	---------

1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者（事業所）番号 保険者（事業所）名	被保険者番号 被保険者氏名	種別	サービス 提供年月	サービス 種類	サービス 項目等	単位数 特定入所者介護費等	事由	内 容	備 考
040000 △△市	0000000001 かご 知ゆ	請	RXX.X	11		15,869	B	証記載保険者番号：市町村の認定変更が未決定	12PA
040000 △△市	0000000001 かご 知ゆ	請	RXX.X	11		15,869	B	被保険者番号：市町村の認定変更が未決定	12PA

1つの請求明細書につき証記載保険者番号と被保険者番号のエラーがセットで出力されます。

内容・・証記載保険者番号、被保険者番号：市町村の認定変更が未決定

原因・・保険者（市町村）が国保連合会に登録した最新の受給者情報の中で、要介護認定について「変更申請中」（更新申請中も含む）となっている被保険者の給付管理票や請求明細書が提出された場合に発生します。原因は以下の場合が考えられます。

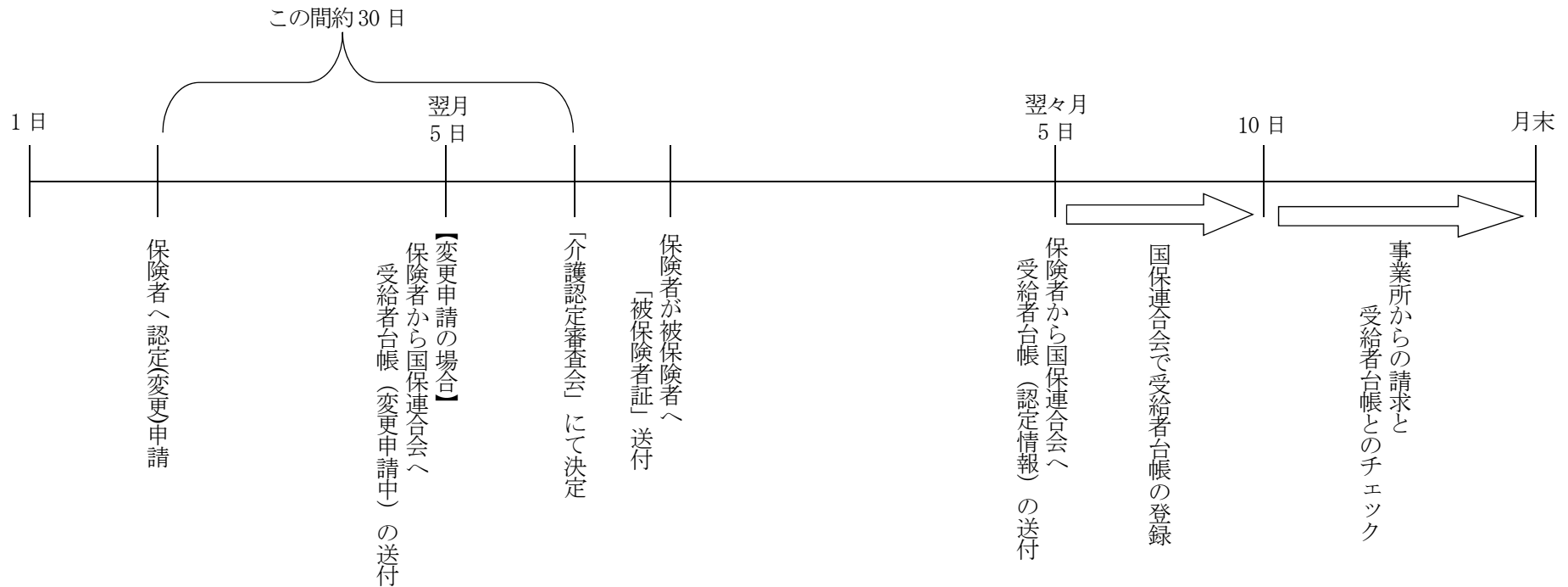
- ① 保険者が国保連合会に登録する情報に登録漏れや誤りがある場合。
- ② 保険者の国保連合会への受給者情報の登録期限（通常は前月末迄の異動情報を当月の4日迄に提出）と、事業者の請求書提出期限（毎月10日）に期日のズレがあるため、事業者は当月の請求までに変更申請が確定（却下を含む）されていることを確認して請求明細書等を提出しても、エラーとなり返戻されることがあります。（この登録期限と請求書提出期限のズレによるエラーについては「12PA」だけでなく、受給者台帳との突合によるエラー全般に該当します。）
- ③ 単に変更申請中であることを忘れていて請求した場合。
- ④ 平成17年10月サービス分以降については、従来からの「要介護認定」の変更申請に加え、「特定入所者」にかかる申請又は変更申請を行うようになったため、「要介護認定」「特定入所者」のどちらか一方でも申請中であればエラーとなります。

対応・・①②④については該当の保険者（市町村または福祉事務所の介護保険担当係）に照会します。変更申請（または更新申請）が確定（却下を含む）し、受給者情報に登録したことを確認の上、再請求します。

③については変更申請確定後、再請求します。

保険者が変更申請（または更新申請）を受け付けてから確定するまで約30日かかります。この日数を考慮に入れて請求して下さい。また再提出時の注意点として、変更申請により要介護度が変更になっている場合がありますので、正しい要介護度で作成した請求明細書や給付管理票で再提出するようにして下さい。

💡 **ポイント！ 要介護の認定申請（変更申請）から受給者台帳への登録まで**



- 要介護認定の申請（変更申請）から認定の決定まで通常30日程度ですが、手続きの不備等があれば30日以上の日数がかかる場合があります。
- 図のような場合は、認定（変更）申請の翌月に介護給付費を請求した場合、12P0エラー（受給者台帳に該当する受給者情報が存在しません）、変更申請の場合は12PAエラー（変更申請中の受給者です）となり返戻となります。
- 要介護の認定申請・変更申請をした場合には、申請日・認定日等を確認して、保険者からの情報が国保連合会の受給者台帳（認定情報）へ登録終了となつてから請求して下さい。

請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表

事業所（保険者）番号	0470000000
------------	------------

令和××年×月審査分

令和××年×月××日

事業所（保険者）名	□□介護事業所
-----------	---------

1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者（事業所）番号 保険者（事業所）名	被保険者番号 被保険者氏名	種別	サービス 提供年月	サービス 種類	サービス 項目等	単位数 特定入所者介護費等	事由	内 容	備 考
040000 △△市	0000000001 かご ㇿ	請	RXX.X	17		1,350	B	様式番号：過去に同じ請求明細書を提出済	ANN4
040000 △△市	0000000002 かご ㇿ	請	RXX.X	11		1,450	B	様式番号：過去に同じ請求明細書を提出済	ANN4
040000 △△市	0000000002 かご ㇿ	請	RXX.X	11		1,450	B	サービス種類：支援事業所に給付管理票の修正依頼が必要	ANNM

33

ANNMエラーはANN4エラーとセットで出力されま
す。

内容・・・(1) ANN4 様式番号：過去に同じ請求明細書を提出済

(2) ANNM サービス種類：支援事業所に給付管理票の修正依頼が必要

原因・・・(1) ANN4 前月以前に同じ介護給付費を請求し、支払いが完了されている請求明細書がある場合にこのエラーが発生します。主な原因として以下のことが考えられます。

- ① 既に請求支払が終わった請求明細書を、請求していないと思って月遅れで請求した場合。
- ② 既に請求支払が終わった請求明細書の請求間違いに気づき、取下げ（過誤）の手続きをしないまま、再請求した場合。
- ③ 他の利用者の保険者番号や被保険者番号を誤って入力（記入）した場合。

(2) ANNM 前月以前に同じ介護給付費を請求し、給付管理票と突合審査を行った結果全額マイナス（0決定）しているのに再請求した場合。

対応・・・(1) ①の場合、既に請求支払が終了していますので、再請求する必要はありません。

②の場合、請求明細書の取下げ（過誤）の手続きをして、介護給付費過誤決定通知書で過誤になったのを確認後、再請求して下さい。

通常は取下げ（過誤）依頼をしてから介護給付費過誤決定通知書に載るまで2～3ヶ月かかります。

③の場合、正しい保険者番号、被保険者番号等を入力（記入）した請求明細書を再請求します。

(2) ANNMの場合、過去の審査で決定した請求明細書に誤りがなければ、再請求する必要はありません。該当利用者の居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターへ連絡をして、給付管理票を「修正」で国保連合会へ提出するように依頼して下さい。

ポイント！ エラーコード=ANN2は当月審査分における重複、エラーコード=ANN4、ANNMは当月審査分と過去の審査で決定した分の重複です。

請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表

事業所（保険者）番号	0470000000
------------	------------

令和××年×月審査分

令和××年×月×日

事業所（保険者）名	<input type="checkbox"/> 介護事業所
-----------	--------------------------------

1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者（事業所）番号 保険者（事業所）名	被保険者番号 被保険者氏名	種別	サービス 提供年月	サービス 種類	サービス 項目等	単位数 特定入所者介護費等	事由	内 容	備 考
040000 △△市	0000000001	請	RXX.X	17		1,000	B	証記載保険者番号：市町村の認定情報が未登録（受給者情報）	12P0
040000 △△市	0000000001	請	RXX.X	17		1,000	B	被保険者番号：市町村の認定情報が未登録（受給者情報）	12P0

1つの請求明細書につき証記載保険者番号と被保険者番号のエラーがセットで出力されます。

34 内容・証記載保険者番号、被保険者番号：市町村の認定情報が未登録

原因・給付管理票や請求明細書に入力（記入）している保険者番号・被保険者番号と、保険者が国保連合会へ登録している保険者番号・被保険者番号を突合し、該当する被保険者がいない場合にこのエラーとなります。主な原因として以下のことが考えられます。

- ① 給付管理票や請求明細書の保険者番号・被保険者番号の入力（記入）誤りがある場合。
- ② 保険者（市町村）が国保連合会に登録している受給者情報に登録漏れや、誤りがある場合。

対応・給付管理票や請求明細書に入力（記入）した保険者番号・被保険者番号に誤りがないか確認（被保険者証からの転記誤り等も確認）し、①の場合は、正しい番号に修正して再提出します。

入力（記入）内容に誤りがなければ、該当の保険者（市町村または福祉事務所の介護保険担当係）に照会します。照会の結果②の場合は、保険者が国保連合会へ利用者の登録または修正を行った後に、同一内容の請求明細書等を再提出します。

