

障害福祉サービス費等の
請求及び審査支払について

令和7年4月

福島県国民健康保険団体連合会

介護福祉課

1. 障害福祉サービス等の請求について

請求に際して、サービス提供事業所は国保中央会提供の簡易入力システム等を利用して作成した請求情報を、電子請求受付システムに送信します。

市販のソフトウェア等簡易入力システム以外により請求情報を作成した場合は、国保中央会提供の取込送信システムにより電子請求受付システムに送信します。

各システムの操作方法については、電子請求受付システムに公開されている各種マニュアルを御参照ください。

(1) 請求情報の送信について

障害介護給付費等の請求は、請求省令より「各月分について翌月 10 日までに行わなければならない。」とされています。受付期間（10 日 24 時まで）を過ぎての請求は、システム処理日程等の都合上、対応が難しいことから、受付期間内に請求情報を送信していただくことを原則といたします。

請求期日を過ぎた場合、翌月以降の請求となりますので御留意ください。

(2) 請求情報の取下げについて

一度送信した請求情報に誤りが判明した場合、受付期間中（10 日 24 時まで）であれば、事業所側で電子請求受付システムを操作し、請求情報の取り下げが可能となっております。

請求情報を再送信する際は、必ず先の情報を取下げしてから請求情報を送信していただきますようお願いいたします。

取下げを行わず再送信した場合、2 回目に再送信した請求情報は受付されません。そのため、重複請求等が生じ返戻となりますので御注意ください。

(3) 請求情報の到達確認について

簡易入力システムおよび取込送信システムから請求情報を送信した場合、「到達確認」画面で「正常に到達しました。」のメッセージを必ず確認してください。

また、到達番号は取扱状況を照会する場合などに必要となる情報となるため、印刷するなど必ず控えていただきますようお願いいたします。

2. 電子請求受付システムに関する事項

(1) 電子請求受付システムをはじめて利用する場合について

電子請求受付システムをはじめて利用する事業所は、請求前に事前準備等が必要となるため、福島県国保連合会ホームページに掲載している「電子請求をはじめる前に」または「代理人申請電子請求をはじめる前に」を御確認ください。

●【掲載画面】

福島県国保連合会ホームページ⇒障害者総合支援事業所の皆様へ⇒請求関連⇒「電子請求をはじめる前に」または「代理人申請電子請求をはじめる前に」を参照。

(2) 電子証明書のダウンロードについて

電子証明書が発行され取得できる状態になると、お知らせに掲載されます。同時に【証明書ダウンロード】画面に[発行済み]と表示されるので電子証明書をダウンロードします。ダウンロードは何回でも行うことができ、パソコンの初期化・新しく買い替えた等の場合でも、既に発行済みの電子証明書を再ダウンロードし使用することができます。

●【再ダウンロード・インストール方法】

「電子請求受付システム操作マニュアル（事業所編）」第 2.27 版 3.7.3. 電子証明書を再度ダウンロード・インストールする」を参照。

(3) 証明書発行用パスワードの再発行について

電子証明書の更新および電子証明書の再ダウンロード等において証明書発行用パスワードを使用しますが、紛失した場合は事業所において再発行手続きを行う必要があります。

ただし、再発行を行う前に、まずは国保連合会から送付された「電子請求登録結果に関するお知らせ」がお手元にあるか確認してください。「電子請求登録結果に関するお知らせ」がお手元にある場合は、再発行手続きは行わないでください。

また、そこに記載されている証明書発行用パスワードを正しく入力しているか確認してください。

上記の確認をしてもパスワードが不明な場合、再発行手続きを行ってください。

●【再発行手続き】

「電子請求受付システム操作マニュアル（事業所編）」第 2.27 版 3.7.4. 証明書発行用パスワード再発行を参照。

(4) 電子請求受付システムパスワードの再発行について

電子請求受付システムへログインする際のパスワードまたは請求情報送信時のパスワードを紛失、又はわからなくなった場合、パスワード初期化依頼書（障がい）または（代理人）を国保連合会へFAX願います。（P. 8～P. 9 参照）

●【様式の取得方法】

国保連合会ホームページ⇒障害者総合支援事業所の皆様へ⇒各種様式⇒パスワード初期化依頼書（障がい）または（代理人）を御利用ください。

なお、初期化後新たに発行されたパスワードを郵送いたします。（お手元に届くまで数日期間を要します。）

※発行されたパスワードは大切に保管願います。

(5) 簡易入力システム及び取込送信システムのパスワードについて

簡易入力システム等ログインパスワードを紛失した場合、システムの再インストールが必要となります。

●【簡易入力システムまたは取込送信システムのセットアップ方法】

「電子請求受付システム導入マニュアル（事業所編）」第2.34版 3.3.2. 簡易入力システムのセットアップまたは3.3.3. 取込送信システムのセットアップを参照。

(6) 有効期限が切れた電子証明書を使った請求について

電子証明書の有効年月日（同月を含む）より過去のサービス提供年月の請求情報を送信いただくことが可能です。

例）令和5年2月14日で電子証明書の有効期間が切れてしまい更新手続きをしていなかったが、当該電子証明書をを用いて令和5年2月サービス分を3月に請求するのは可能です。

(7) 電子証明書をを用いてのお知らせ情報の取得について

請求情報送信（毎月10日まで）に使用された電子証明書とお知らせ情報（毎月1日送付の決定・返戻通知書等）を取得する際の電子証明書は同じである必要があります。

3. 電子請求受付システム等のお問合せ先

電子請求受付システム、国保中央会提供の簡易入力システム及び取込送信システムの操作・入力・その他システム全般に関するお問い合わせ先は、以下の「障害者総合支援電子請求ヘルプデスク」にお願いします。

●【障害者総合支援電子請求ヘルプデスク】

TEL：0570-059-403

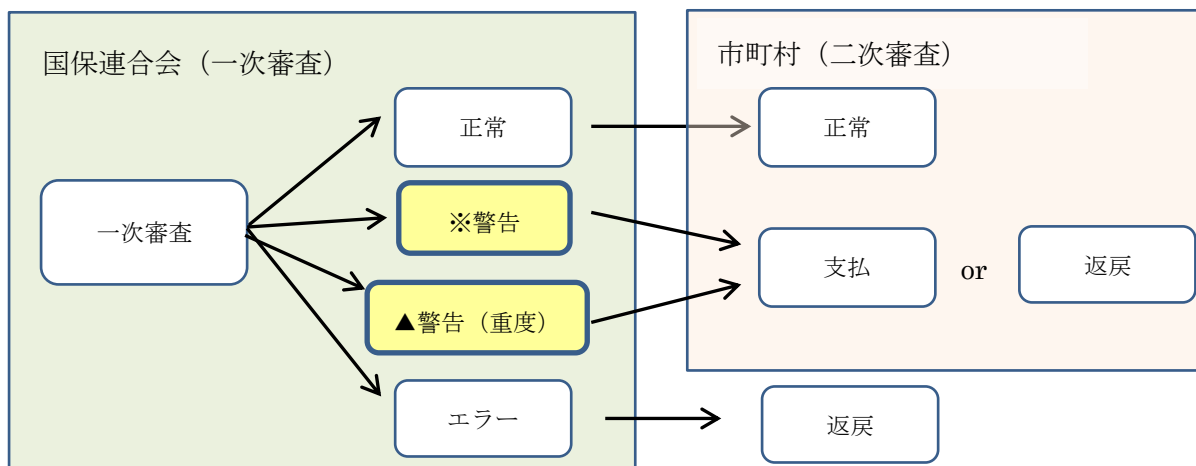
FAX：0570-059-433

Email：mail@support-e-seikyuu.jp

4. 国保連合会の「一次審査」、市町村等の「二次審査」

国保連合会では、「根拠が明確であり機械的に判断できる範囲」で審査が行われます。これを「一次審査」といいます。「一次審査」の結果、機械的には判断がつかないものについては、「※警告」または「▲警告（重度）」とされます。市町村等はこの警告等となった請求情報を支払とするか返戻とするかの判断を行います。これを「二次審査」といいます。

【一次審査と二次審査】



5. 警告からエラーへの移行

従来、「警告」とされていたコードのうち、事業所台帳や受給者台帳との不一致等、明らかにデータ間に不整合があるものについては、「エラー」への移行が進められています。

移行にあたっては、関係機関への影響や制度改正・報酬改定の影響を考慮し、段階的に進められていきます。

これにより、「警告」ではあるもののそれまで支払が行われていた請求であっても、「エラー」移行後には返戻扱いとなり支払が行われなくなる可能性があります。

「警告」から「エラー」への移行が予定されるコードについては、事業所へ一定の周知期間を設けたうえで「エラー」へ移行いたします。

なお、周知期間中は移行対象のエラーコードであることがわかるように一次審査処理結果票（毎月基準日1日）のエラー内容欄文頭に★印が付与されますので、速やかに解消していただく必要があります。

6. 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する口座変更について

国保連合会に届出・登録してある口座情報を変更する際、福島県国保連合会ホームページの各種様式より口座変更届を印刷し、必要事項を記入のうえ国保連合会へ郵送していただきますようお願いいたします。(P. 6～P. 7 参照)

7. お問い合わせ先について

毎月各事業所より多岐にわたる問い合わせが寄せられますが、問合せ先が国保連合会でないものが多数見受けられます。

問合せの際は、毎月 1 日に送付している「支払通知情報等の送信について」に添付された PDF ファイルの「障害介護給付費等問合せ先一覧」で御案内している一覧表を参考に、適切な問合せ先に御連絡いただきますようお願いいたします。(P. 10 参照)

なお、問い合わせは原則 F A X でいただくこととしておりますので、以下の問合せ票に照会内容を記入し本会まで F A X をしてください。

※問合せ票は「福島県国民健康保険団体連合会ホームページ」の各種様式に「問合せ票(障がい)」(P. 11 参照)を掲載しております。

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する口座変更届

令和 年 月 日

福島県国民健康保険団体連合会長 様

住所
開設者
氏名

印

給付費の請求に関し、振込先の変更を下記のとおり記入・捺印のうえ届け出いたします。

事業所番号	0	7										※連合会使用欄	
フリガナ												受付印	
事業所名													
フリガナ													
所在地	〒 - 福島県 電話 — — FAX — —												
変 更 前						変 更 後							
フリガナ							フリガナ						
請求者							請求者						
振込先金融機関	銀行 信用金庫						振込先金融機関	銀行 信用金庫					
	金融機関コード							金融機関コード					
	本店 支店							本店 支店					
	支店コード							支店コード					
預金種目		口座番号(右詰めで記入して下さい)				預金種目		口座番号(右詰めで記入して下さい)					
1. 普通 2. 当座 3. その他						1. 普通 2. 当座 3. その他							
カナ名義							カナ名義						
口座名義							口座名義						
照合印	記載例の(6)を確認し、押印してください 印						振込先変更月	令和 年 月 (15日) 振込分より変更 ※振込先を変更する際は、変更月の前月25日までに国保連合会に変更届を提出してください。(振込日直前の25日必着)					
届出理由	1 請求者及び受領者(口座名義)の変更 2 振込先及び口座番号の変更 3 その他 ()						備 考						

- 注1 書類に不備があった場合、翌月以降の対応となりますので御留意ください。
- 注2 変更届提出の際は①振込口座通帳の表紙のコピー②カナ名義、支店名が記載されているページのコピーを添えて提出してください。
なお、金融機関を変更した場合や通帳が変更された場合には変更前と変更後の通帳のコピーを必ず添付してください。
- 注3 御記入いただいた個人情報は、障害介護給付費等の支払の目的以外には使用いたしません。
- 注4 第三者に情報を提供することはありません。
- 注5 御記入いただくことにより、個人情報の利用に同意いただいたものとみなします。

記載例

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する口座変更届

令和 5 年 3 月 15 日

福島県国民健康保険団体連合会長 様

住所 福島県福島市中町100-1

開設者

氏名 社会福祉法人中町福祉会 理事長 介護太郎

給付費の請求に関し、振込先の変更を下記のとおり記入・捺印のうえ届け出たい

印 鑑 例

事業所番号	0 7	【重要】 国保連合会に新規事業所として届出を提出した際の「請求及び受領に関する届」に使用した印鑑を押印。但し、改印した場合は改印後の印鑑を押印してください。なお、印鑑を改印した場合は、改正した旨を「備考」欄に記載してください。	6	※連合会使用欄 連合会使用欄のため記入しない。
フリガナ	ナカマチヒマワリシヤ	中町ひまわり障害福祉サービスセンター		
事業所名		フリガナ	フクシマケンフクシマシナカマチ	
所在地	連合会に届出ている情報を記入。 島県 福島市中町3-7	連合会に届出ている情報の変更後を記入。		
電話	024 - 523 - 2822	FAX	024 - 528 - 0989	
変更前		変更後		
フリガナ	シヤ) ナカマチフクシカイ	フリガナ	シヤ) ナカマチフクシカイ	
請求者	社会福祉法人中町福祉会 理事長 介護太郎	請求者	社会福祉法人中町福祉会 理事長 介護一郎	
振込先金融機関	中町中央 金融機関コード 1 2 3 4 中町 支店コード 1 2 1	振込先金融機関	国保 金融機関コード 0 1 1 1 本店 支店コード 1 0 1	
預金種目	口座番号(右詰めで記入して下さい)	預金種目	口座番号(右詰めで記入して下さい)	
① 普通 ② 当座 ③ その他	1 2 3 4 5 6	① 普通 ② 当座 ③ その他	7 6 5 4 3 2	
カナ名義	原則、国保連合会に新規事業所として届出を提出した際の「請求及び受領に関する届」に使用した印鑑を押印してください。但し、一度でも口座変更届を提出している場合には、直近に御提出いただいた印鑑を押印してください。万が一、前回御提出された印と照合ができない場合には翌月以降の対応となりますので、御注意ください。	カナ名義	例) 令和5年4月15日の振込分より振込先を変更したい場合、3月25日必着で「振込先変更届」を提出する必要があります。3月25日を過ぎた場合、5月15日振込分より変更となりますので御注意ください。	
口座名義	社会福祉法人中町福祉会	口座名義	社会福祉法人中町福祉会	
照合印	記載例の(6)を確認し、押印してください	振込先変更月	令和 5 年 4 月 (15日) 振込分より変更	
届出理由	1 請求者及び受領者(口座名義)の変更 2 振込先及び口座番号の変更 3 その他	備考	令和5年3月理事長変更に伴い改印しました。	

注1. 書類に不備があった場合、翌月以降の対応となります。

注2. 変更届提出の際は、①振込口座通帳の表紙のコピー

注3. 御記入いただいた個人情報は、障害介護給付費

注4. 第三者に情報を提供することはありません。

注5. 御記入いただくことにより、個人情報の利用に同意いただいたものとみなします。

添付する通帳のパターン

● 口座名義人変更の場合

⇒ 金融機関担当者が直接修正した通帳の表紙及びカナ名義、支店名が記載されている

ページのコピー

● 金融機関変更または口座番号変更等により新規通帳が発行された場合

⇒ 新・旧それぞれの通帳の表紙及びカナ名義、支店名が記載されているページのコピー

パスワード初期化依頼書(障がい)

令和 年 月 日

福島県国民健康保険団体連合会長 様

開設者 住所
氏名

障がい報酬の伝送請求に必要となるパスワードを紛失したため、初期化依頼を下記のとおり記入し提出いたします。

ユーザ ID	H	J	0	7									受 付 印	※連合会使用欄
フリガナ														
事業 所 名	担当者名:													
フリガナ														
書類 送 付 先	〒		-		福島県	※開設者または事業所の住所以外には送付できません								
喪失 理 由														
注 意 事 項	・初期化後、新たに発行されたパスワードを発送いたします。 ・新パスワード発行まで数日期間を要しますので御了承ください。 ・電子証明書発行用パスワードを紛失した場合は 障害者総合支援又は代理人電子請求受付システムより再発行ください。													
備 考														

送付先

FAX = 024-528-0989

パスワード初期化依頼書(代理人)

令和 年 月 日

福島県国民健康保険団体連合会長 様

開設者 住所
氏名

介護報酬・障がい報酬の伝送請求に必要なパスワードを紛失したため、初期化依頼を下記のとおり記入し提出いたします。

ユーザID	H	D	0	7										受 付 印	※連合会使用欄
フリガナ															
代理人名	担当者名:														
フリガナ															
書類送付先	〒 都 道 府 県 電話 - -														
喪失理由															
注意事項	・初期化後、新たに発行されたパスワードを発送いたします。 ・新パスワード発行まで数日期間を要しますので御了承ください。 ・電子証明書発行用パスワードを紛失した場合は、<u>代理人電子請求受付システム</u>より再発行ください。														
備考															

送付先

FAX = 024-528-0989

障害介護給付費等問合せ先一覧

※ 本会に問合せする前に、必ず以下内容を確認いただき、適切な問合せ先に照会いただきますようお願いいたします。

以下に記載の無い内容や不明な点があれば、次ページの問合せ票（障がい）に記載の上、国保連合会にFAXにてお問い合わせください。

1. 一次審査処理結果票

問い合わせ項目	内容	問合せ先
エラー内容欄文頭の「★」表示	警告からエラーに移行するものに対して 周知期間中のみ表示。	・事業所台帳に関すること 福島県障がい福祉課（障害者）・児童 家庭課（障害児）または中核市 ・請求情報に関すること 国保連合会

2. 返戻等一覧表

問い合わせ項目	内容	問合せ先
エラーコードSから始まるもの	市町村の二次審査における返戻	市町村

3. 障害福祉サービス等制度改正、報酬改定

問い合わせ項目	内容	問合せ先
請求内容に関する事項	制度改正・報酬改定全般、その他制度及び 報酬の解釈、QA	福島県障がい福祉課（障害者）・児童家 庭課（障害児）または中核市
制度改正及び報酬改定等に関する事項		

4. 届出関係

問い合わせ項目	内容	問合せ先
事業所台帳に関する事項（障害者）	登録状況・内容・その他事業所台帳全般	保健福祉事務所または中核市
事業所台帳に関する事項（障害児）	登録状況・内容・その他事業所台帳全般	保健福祉事務所または中核市
事業所台帳に関する事項（基準該当事業所）	登録状況・内容・その他事業所台帳全般	市町村

5. 電子請求受付システム

問い合わせ項目	内容	問合せ先
電子請求受付システム	操作・入力・エラー・バージョンアップに 関すること・その他システム全般	障害者総合支援電子請求ヘルプデスク TEL：0570-059-403 FAX：0570-059-433 Email：mail@support-e-seikyuu.jp
簡易入力システム		
取込送信システム		

※上記システム以外は事業所独自システムであるため、委託システム業者へ問合せ願います。

問 合 せ 票 (障がい)

国保連合会への問合せは、ファックスでお願いいたします。

送信先	福島県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 障害福祉係 行		
FAX番号	024-528-0989		電話番号 024-523-2822
	※FAX番号の間違いに御注意ください		
問合せの内容			
問合せ事業所記載欄			
事業所の名称 _____			
事業所番号 _____			
担当者名 _____			
電話番号 _____ FAX番号 _____			
添付資料 有（枚数）_____ ・ 無_____			
※添付資料を送信する際は、個人を特定する氏名を抹消してください。			