

記載例

様式2

医療給付情報突合点検確認票

突合区分 【介護】

令和 年 月 突合分

事業所名(介護)	〇〇ホームヘルプ事業所	事業所番号	0399999999
担当者氏名		連絡先	

介護情報						医療情報				
保険者番号 保険者名	被保険者番号 被保険者名	サービス提供 月	サービス内容 点検内容	実日数 単位数	点検内容	医療制度	診療年月	医療機関コード 医療機関名	給付内容	診療実日数 点数
000011	9999999999	2019/07	11	17	医療保険の入院と介護保険サービスが重複請求されています。	国保	2019/07	0319999999	入院	19
〇〇市	〇〇 〇〇		訪問介護	11107				〇〇病院		66917
1 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。						(確認結果記入欄)		確認結果		
						確認の内容： サービス提供日を確認します。入退院の実績との整合性を確認	回答：〇月〇日～〇月〇日までサービスを提供。以降〇〇病院に入院			
2 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。						確認結果		※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤処理を行います。		
						正当	誤り			
3 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。						確認結果		※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤処理を行います。		
						正当	誤り			

記載例

様式2

医療給付情報突合点検確認票

突合区分 **【介護】**

令和 年 月 突合分

事業所名(介護)	〇〇診療所	事業所番号	0319999999
担当者氏名	〇〇△△	連絡先	〇〇〇-×××-△△△△

介護情報						医療情報				
保険者番号 保険者名	被保険者番号 被保険者名	サービス提供 月	サービスコード 点検内容	実日数 単位数	点検内容	医療制度	診療年月	医療機関コード 医療機関名	給付内容	診療実日数 点数
000011	9999999999	2019/07	31 1111	1	在宅時医学総合管理料(医療)と居宅療養管理指導費(Ⅰ)(介護)が重複 請求されている。	国保	2019/07	0319999999	在医総管	2
〇〇市	〇〇 〇〇		居宅療養管理(Ⅰ)	503				〇〇診療所		4696
1 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。 確認の内容: 居宅療養管理指導費(Ⅰ)ではなく、居宅療養管理指導費 (Ⅱ)を請求すべきではないか。						確認結果				
						正当	誤り	※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤処理を行います。		
2 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。						確認結果				
						正当	誤り	※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤処理を行います。		
3 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。						確認結果				
						正当	誤り	※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤処理を行います。		