

# 介護給付費縦覧審査確認表 回答例

各帳票がありますので、事業所に届いた帳票と照らし合わせてご回答をお願いします。  
ご不明な点につきましては、岩手県国保連保健介護課 TEL019-623-4325 までお問い合わせ願います。

# 介護給付費縦覧審査確認表(支援事業所)

平成26年8月1日

岩手県国民健康保険団体連合会

事業所番号	999999999
事業所名	国保連合会
事業所担当者氏名	
連絡先電話番号	

確認表記入者の氏名と電話番号を記入してください。

支援事業所にもみ届く帳票です

関連情報欄に記載のあるサービス事業所に請求の状況を確認の上、こちらの欄に回答を記入してください。

以下は貴事業所が計画した給付管理票に紐付く介護請求明細書について縦覧点検審査を行った結果、請求内容に疑義があるものです。内容を確認の上、確認調整結果を記入してください。また、過誤を「する」「しない」のいずれかに○を付けて介護保険課までご返送ください。

対応番号	確認対象情報							関連情報						
	対象帳票	証記載保険者番号 証記載保険者名	被保険者番号 被保険者名	サービス提供年月	サービス		縦覧点検出力事由	サービス提供年月	事業所番号	電話番号	サービス		日数/回数	
1	居宅支援	032060	999999999	H25.4	43	2111	サービス計画費の請求はあるが、給付実績がありません	H25.4	999999999	22-2222-2222	11		無	
		北上市	カイゴ タロウ		居宅支援 I 1				サービス事業所 1		訪問介護			
	上記縦覧審査内容について、貴事業所での確認調整結果を右に記入してください。		(確認調整結果記入欄)					過誤	H25.4	999999999	22-2222-2222	12		無
	確認の観点 利用実績はあるか、月遅れ請求ではないか		サービス提供実績 無し					<input checked="" type="radio"/> する <input type="radio"/> しない		サービス事業所 2		訪問入浴		

又は

サービス	日数/回数	縦覧点検出力事由	サービス提供年月	事業所番号	電話番号	サービス		日数/回数					
43	2111	サービス計画費の請求はあるが、給付実績がありません	H25.4	999999999	22-2222-2222	11		無					
居宅支援 I 1				サービス事業所 1		訪問介護							
		(確認調整結果記入欄)					過誤	H25.4	999999999	22-2222-2222	12		有
		サービス提供実績 有り					<input type="radio"/> する <input checked="" type="radio"/> しない		サービス事業所 2		訪問入浴		

# 介護給付費縦覧審査確認表(請求事業所)

平成26年8月1日

岩手県国民健康保険団体連合会

事業所番号	999999999
事業所名	国保連合会
事業所担当者氏名	
連絡先電話番号	

確認表記入者の氏名と電話番号を記入してください。

サービス事業所に届く帳票です

確認対象の事業所と、関連情報に記載のある事業所との利用日を確認させていただくものです。サービス提供年月の請求明細書をご確認の上、結果を記入する欄です。

以下は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査を行った結果、請求内容に疑義があるものです。内容を確認の上、確認調整結果を記入してください。また、過誤を「する」「しない」のいずれかに○を付けて介護保険課までご返送ください。

対応番号	確認対象情報							関連情報					
	対象帳票	証記載保険者番号 証記載保険者名	被保険者番号 被保険者名	サービス提供年月	サービス	回数	縦覧点検出力事由	サービス提供年月	事業所番号	電話番号	サービス	回数	
1	重複	032060	999999999	H25.4	14	8	複数サービスの合計日数が受給可能日数を超えている、又は同時算定不可なサービスが存在します	H25.4	*****	*****	11	17	
		北上市	カイゴ タロウ		訪問リハビリ				*****	訪問介護			
	確認の観点	上記縦覧審査内容について、貴事業所での確認調整結果を右に記入してください。						過誤					
	確認の観点	いずれの請求が誤りか						する					
								しない					

請求誤りのため過誤

又は

『重複』、『算定』、『単独』があります。このページの記載例は『重複』

(確認調整結果記入欄)	過誤
この欄への記入は不要です	する
	・
	しない

サービス提供日確認届を添付して国保連へ返送してください。

## 介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届

居宅サービスの記入例

下記被保険者において、サービス事業所におけるサービス提供日や入所日等の情報を記入してください。なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」も記入してください。

サービス提供月にご注意ください。

事業所番号	999999999	事業所名	国保連合会
事業所担当者名		連絡先(電話番号)	

証記載保険者番号	証記載保険者名	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	サービス種類	サービス実日数	外泊日数
032060	北上市	999999999	カイゴ タロウ	H25.4	訪問リハビリ	8	

	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	
午前					○						
午後								○			
	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	
午前		○							○		
午後					○						
	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日
午前						○					
午後		○							○		

サービスを行った日の時間帯に○をつけてください。

サービスを行ってない日は何も記入しないでください。

サービスを提供した  
時間帯に○をつけ  
てください

## 介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届

短期入所サービスの記入例

下記被保険者において、サービス事業所におけるサービス提供日や入所日等の情報を記入してください。なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせすることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」も記入してください。

サービス提供月にご注意ください。

事業所番号	9999999999	事業所名	国保連合会		
事業所担当者名		連絡先(電話番号)			

証記載保険者番号	証記載保険者名	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	サービス種類	サービス実日数	外泊日数
032060	北上市	9999999999	カイゴ タロウ	H25.4	短期入所生活介護	18	

	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	
午前											
午後											
	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	
午前			○	○	○	○	○	○	○	○	
午後		入	○	○	○	○	○	○	○	○	
	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日
午前	○	○	○	○	○	○	○	○	退		
午後	○	○	○	○	○	○	○	○			

サービスを行った日の時間帯に○をつけてください。  
サービスを行ってない日は何も記入しないでください。

入所している時間帯に○をつけてください。入所日には「入」を退所日には「退」を記入してください。

## 介護給付費縦覧確認表兼 サービス提供日確認届

施設サービスの記入例

下記被保険者において、サービス事業所におけるサービス提供日や入所日等の情報を記入してください。なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」も記入してください。

サービス提供月にご注意ください。

事業所番号	9999999999	事業所名	国保連合会
事業所担当者名		連絡先(電話番号)	

証記載保険者番号	証記載保険者名	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	サービス種類	サービス実日数	外泊日数
032060	北上市	9999999999	カイゴ タロウ	H25.4	介護福祉施設	15	3

	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	
午前											
午後											
	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	
午前			○	○	○	外	外	外	○	○	
午後		入	○	○	○	外	外	外	○	○	
	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日
午前	○	○	○	○	○	○	○	○	退		
午後	○	○	○	○	○	○	○	○			

サービスを行った日の時間帯に○をつけてください。  
 サービスを行っていない日は何も記入しないでください。

入所している時間帯に○をつけてください。入所日には「入」を退所日には「退」、外泊日には「外」と記入してください

# 介護給付費縦覧審査確認表(請求事業所)

平成26年8月1日

岩手県国民健康保険団体連合会

事業所番号	999999999
事業所名	国保連合会
事業所担当者氏名	
連絡先電話番号	

確認表記入者の氏名と電話番号を記入してください。

主に請求明細書に記載の情報を(摘要欄等)確認します。また、対象者の入退院の情報を確認するために伺います。

以下は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査を行った結果、請求内容に疑義があるものです。内容を確認の上、確認調整結果を記入してください。また、過誤を「する」「しない」のいずれかに○を付けて介護保険課までご返送ください。

サービス提供月にご注意ください。

対応番号	確認対象情報							関連情報				
	対象 帳票	証記載保険者番号 証記載保険者名	被保険者番号 被保険者名	サービス提供 年月	サービス	日数/ 回数	縦覧点検出力事由	サービス提供 年月	事業所番号	電話番号	サービス	日数/ 回数
1	算定	032060 北上市	999999999 カイゴ タロウ	H25.4	53 療養型退院時指導加算	2852	入院期間が1ヶ月以下の場合に請求している可能性があります					
	(確認調整結果記入欄) 上記縦覧審査内容について、貴事業所での確認調整結果を右に記入してください。							過誤 する ・ しない				
	確認の 観点	医療機関における入院と通算して1ヶ月を超えるか										

又は

『重複』、『算定』、『単独』があります。このページの記載例は『算定』

(確認調整結果記入欄)	過誤 する ・ しない
国保病院 ○月○日～○月○日 40日間	

医療機関名称・入院期間を記入してください

# 介護給付費縦覧審査確認表(請求事業所)

平成26年8月1日

岩手県国民健康保険団体連合会

事業所番号	999999999
事業所名	国保連合会
事業所担当者氏名	
連絡先電話番号	

確認表記入者の氏名と電話番号を記入してください。

サービス事業所に届く帳票です

主に請求明細書に記載の情報を(入退所年月日等)確認します。

以下は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査を行った結果、請求内容に疑義があるものです。内容を確認の上、確認調整結果を記入してください。また、過誤を「する」「しない」のいずれかに○を付けて介護保険課までご返送ください。

対応番号	確認対象情報							関連情報					
	対象 帳票	証記載保険者番号 証記載保険者名	被保険者番号 被保険者名	サービス提供 年月	サービス		日数/ 回数	縦覧点検出力事由	サービス提供 年月	事業所番号	電話番号	サービス	日数/ 回数
1	単独	032060	999999999	H25.4	52	6252	16	入所日から3ヶ月超で請求している可能性があります(入所日から指定サービス提供年月までが3ヶ月目)					
		北上市	カイゴ タロウ		保険施設短期集中リハ加算								
	上記縦覧審査内容について、貴事業所での確認調整結果を右に記入してください。	(確認調整結果記入欄)							過誤				
確認の 観点	リハビリテーション実施日を確認 摘要欄の記載内容を確認	請求誤りのため過誤							<input checked="" type="radio"/> する <input type="radio"/> しない				

又は

『重複』、『算定』、『単独』があります。このページの記載例は『単独』です。

(確認調整結果記入欄)

起算日  
入所日 ○月○日  
加算の算定日  
○日、○日、○日

過誤  
 する  
 しない

起算日の年月日と加算の算定日を記入してください。