

事業所向け介護給付費縦覧審査確認表について (記入例)

茨城県国民健康保険団体連合会介護保険課

< 目次 >

1 . 介護給付費縦覧審査とは	6
2 . 介護給付費縦覧審査の流れ	6
3 . 介護給付費縦覧審査確認表の例	7
4 . 事業所向け縦覧帳票の例	9
5 . サービス提供日 / 入所日確認表	1 2
6 . 介護給付費縦覧審査確認表の対応について	1 5

< 縦覧点検出力事由の一覧 >

該当ページ	対象帳票	縦覧点検出力事由	主な対象サービス (予防を含む)	縦覧区分 「算定期間回数制限縦覧チェック一覧表」に番号が表示されます	
15	算定	貸与開始月に算定可能な加算の合計が制限回数を超えています	福祉用具貸与 (特地加算)	*01	貸与開始月
17	算定	入所(居)日・入院日から算定可能な加算の合計が制限回数を超えています	初期加算	*02	入所日から
19	算定	短期入所の連続日数が30日を超えている可能性があります(複数事業所の日数超過)	短期入所	*05	最大連続入所日数
21	-	サービス提供日/入所日確認表の記入例 (短期入所サービスの例)			
-	算定	日常生活活動訓練加算の請求が算定規則に反している可能性があります	訪問リハビリ (日常生活訓練加算)	*06	日常生活活動訓練加算 (H18年3月サービス以前)
-	算定	個別リハビリテーション加算の請求が算定規則に反している可能性があります	通所リハビリ (個別リハ加算)	*07	個別リハ加算 (H18年3月サービス以前)
23	算定	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	施設(退所時加算、退所前 連携加算)	*08	退所につき (入所1月超)
25	算定	介護保険施設を退所した実績がありません (「サービス」欄は“居宅支援～初”または“退院退所加算”)	居宅介護支援 (初回加算)	*16	退院退所加算
27	算定	介護保険施設の入所実績がありません	居宅介護支援 (退院・退所加算)		
29	算定	介護保険施設への入所期間が30日以内の場合に請求している可能性があります			

該当ページ	対象帳票	縦覧点検出力事由	主な対象サービス (予防を含む)	縦覧区分 「算定期間回数制限縦覧チェック一覧表」に番号が表示されます	
3 1	算定	施設入所時に在宅・入所相互利用加算又は試行的退所サービス費を算定しています	居宅介護支援 (初回加算)	*08	退所につき (入所1月超)
3 3	算定	施設退所後既に居宅サービス計画費を算定しています	居宅介護支援 (退院・退所加算)	*16	退院退所加算
3 5	算定	介護保険施設を退所した実績がありません (「サービス」欄は“居宅支援～初” “介護予防支援・初回”)	居宅介護支援 (初回加算)	*09	新規計画作成時
3 7	算定	介護保険施設への入所期間が30日以内の場合に請求している可能性があります	介護予防支援 (初回加算)		
3 9	算定	施設退所後既に居宅サービス計画費を算定しています			
4 1	算定	退院(所)日又は認定日から1ヶ月超の場合に請求している可能性があります	訪問リハビリ 通所リハビリ (短期集中リハ加算)	*10	短期集中リハビリテーション
	算定	退院(所)日又は認定日から1ヶ月以内又は3ヶ月超の場合に請求している可能性があります			
	算定	退院(所)日又は認定日から3ヶ月超の場合に請求している可能性があります			
4 3	算定	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)	介護保健施設 (認知症短期集中リハ加算)		
4 5	算定	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ヶ月超)			

該当ページ	対象帳票	縦覧点検出力事由	主な対象サービス (予防を含む)	縦覧区分 「算定期間回数制限縦覧チェック一覧表」に番号が表示されます	
47	算定	入院日から過去3ヶ月以内に同じ施設に入所しています	特定診療費 @05 (初期入院診療管理)	*61	特定診療費 (初期入院診療管理)
	算定	初期入院診療管理の合計が制限回数を超えています			
49	算定	リハビリ計画加算の合計が制限回数を超えています	特定診療費 @20、@27 (リハビリ計画加算)	*62	特定診療費 (リハビリ計画加算)
51	重複	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	全サービス	*01	サービス種類間の重複
53	-	サービス提供日/入所日確認表の記入例			
54	-	(居宅サービスの例)			
55	-	(福祉用具貸与サービスの例)			
56	-	(短期入所サービスの例)			
57	-	(施設サービスの例)			
59	重複	居宅療養管理指導の合計回数が制限回数を超えています(複数事業所での日数超過)			
61	重複	1事業所のみ算定可能な緊急時訪問看護加算が複数事業所から請求されています	訪問看護 (緊急時訪問看護加算)	*03	1人1事業所のみ算定可
	重複	1事業所のみ算定可能な特別管理加算が複数事業所から請求されています	訪問看護 (特別管理加算)		

該当ページ	対象帳票	縦覧点検出力事由	主な対象サービス (予防を含む)	縦覧区分 「算定期間回数制限縦覧チェック一覧表」に番号が表示されます	
6 1	重複	1事業所のみ算定可能なターミナルケア加算が複数事業所から請求されています	訪問看護 (ターミナルケア加算)	*03	1人1事業所のみ算定可
6 3	重複	外部利用型サービスの合計が外部サービス利用型上限単位数を超えています(複数事業所)	特定施設生活介護 (外部利用型サービス)	*04	外部サービス上限単位数
6 5	居宅支援	サービス計画費の請求はあるが、給付実績がありません(支援事業所向け)	居宅介護支援 介護予防支援	居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表	
6 7	居宅支援	サービス計画費の請求はあるが、給付実績がありません(請求事業所=給付管理票に記載されているサービス事業所向け)			

1. 介護給付費縦覧審査とは？

国保連合会が行う介護給付費縦覧審査とは、過去に介護給付費を支払った請求について、複数月の請求内容や他の事業所の請求内容を確認し、再度審査を行うものです。国保連合会が介護給付費縦覧審査を実施した結果に基づいて、保険者及び事業所が請求誤り等のデータについて、必要に応じて過誤・再請求を行うことで、給付の適正化を図ることを目的としています。

2. 介護給付費縦覧審査の流れ

(1) 国保連合会から以下の帳票を貴事業所に送付します。

介護給付費縦覧審査確認表

事業所向け縦覧帳票(いずれかの帳票)・・・「算定期間回数制限縦覧チェック一覧表」、「重複請求縦覧チェック一覧表」、

「居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表」、「単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表」

(2) 「介護給付費縦覧審査確認表」の内容を確認し、確認結果を「確認調整結果記入欄」に記入してください。

確認方法及び記入例は、後述の「4. 介護給付費縦覧審査確認表の対応について」を参照してください。

必ず「過誤する・しない」のどちらかにをつけてください。

(3) 記入した「介護給付費縦覧審査確認表」を提出期限までに茨城県国民健康保険団体連合会介護保険課あてに返送してください。

(添付資料が必要になる場合は、併せて送付してください。)

郵送の場合

〒310-0852 茨城県水戸市笠原町 978-26 茨城県市町村会館内 茨城県茨城県国民健康保険団体連合会介護保険課あて

FAXの場合 (FAXの場合は、確認表に記載されている「事業所名」、「証記載保険者名」、「被保険者名」を塗りつぶす等、個人情報の保護に配慮した形での返送にご協力をお願いいたします。(本会では、「事業所名」、「証記載保険者名」、「被保険者名」が判別できれば、個別の情報の特定が可能です。))

FAX番号 029-301-1580 (番号の間違いの無いようご注意ください。)

(4) 国保連合会は、貴事業所より返送された「介護給付費縦覧審査確認表」や他事業所が過去に提出した請求明細書及び給付管理票に基づいて縦覧審査を行い、該当保険者(市町村)へ縦覧審査結果を送付します。

保険者は、国保連合会から送付された縦覧審査結果を確認し、確認した結果、過誤調整する必要がある請求については、貴事業所と連絡調整のうえ、国保連合会へ過誤申立書を提出します。(その後、国保連合会で過誤処理を行います。)

(5) 貴事業所は、国保連合会より送付される「介護給付費過誤決定通知書」により、該当被保険者の請求が過誤調整されたことを確認後、必要に応じて請求を正しい内容に修正し、再請求をします。(その後、再請求分の支払確定をもって、一連の処理が終了となります。)

3. 介護給付費縦覧審査確認表の例

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

事業所番号		5070000001												
事業所名		サービス事業所 0 1												
											平成21年9月縦覧審査分	平成 21年 9月 20日		
下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、「過誤を「する」・「しない」のいずれかに を付けて平成21年10月20日までにご返送ください。											〇国民健康保険団体連合会			
対応番号	対象帳票	確認対象情報						関連情報						
		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	501001 保険者 0 1	0000000001 加コ ㊦㊦	H20.8	17	8001	1	貸与開始月に算定可能な加算の合計が制限回数を超えています	H20.7	5070000001	99-9999-9999	17	8001	1
	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	それぞれ別の福祉用具貸与を開始して算定しているか/実日数の記載誤りでないか						する・しない						
2	重複	501001 保険者 0 1	0000000001 加コ ㊦㊦	H20.8	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	H20.08	*****	*****	52		25
	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						
3	算定	501001 保険者 0 1	0000000002 加コ ジ ㊦	H20.8	51	6400	21	入所(居)日・入院日から算定可能な加算の合計が制限回数を超えています	H20.7	5070000001	99-9999-9999	51	6400	10
	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	30日超の病院又は診療所への入院後に再入所した場合が/日常生活自立度は 以上か						する・しない						
4	重複	501001 保険者 0 1	0000000002 加コ ジ ㊦	H20.8	73		22	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	H20.08	*****	*****	23		9
	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						
5	居宅支援	501001 保険者 0 1	0000000002 加コ ジ ㊦	H20.8	11			サービス計画費の請求はあるが、給付実績がありません。	H20.08	5000000001	99-9999-9999	43	2111	
	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	利用実績があるか、月遅れ請求ではないか						する・しない						

介護給付費縦覧審査確認表（支援事業所）

事業所番号 5070100001

平成21年9月縦覧審査分

事業所名 50支援事業所01

平成 21年 9月 20日

下記は貴事業所が計画した給付管理票に紐づく介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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」のいずれかに付けて平成21年10月20日までにご返送ください。

県国民健康保険団体連合会

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	事業所番号	電話番号	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	501001 保険者01	0000000001 加ゴ 知	H20.8	5070000001 サービス事業所01	99-9999-9999	17	8001	1	貸与開始月に算定可能な加算の合計が制限回数を超過しています	H20.7	5070000001 サンプル事業所01	99-9999-9999	17	8001	1
	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。			(確認調整結果記入欄)						過誤					
	確認の 観点	それぞれ別の福祉用具貸与を開始して算定しているか/実日数の記載誤りでないか			(確認調整結果記入欄)						する ・ しない					
2	重複	501001 保険者01	0000000001 加ゴ 知	H20.8	5070000001 サービス事業所01	99-9999-9999	14		8	複数サービスの合計日数が受給可能日数を超過している、又は同時算定不可なサービスが存在します	H20.08	5070000002 サービス事業所02	03-1234-5678	52		25
	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。			(確認調整結果記入欄)						過誤					
	確認の 観点	いずれの請求が誤りか			(確認調整結果記入欄)						する ・ しない					
3	算定	501001 保険者01	0000000002 加ゴ ジ 知	H20.8	5070000001 サービス事業所01	99-9999-9999	21	2113	21	短期入所の連続日数が30日を超えている可能性があります	H20.7	5070000002 サービス事業所02	99-9999-9999	21	2113	19
	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。			(確認調整結果記入欄)						過誤					
	確認の 観点	いずれの請求が誤りか			(確認調整結果記入欄)						する ・ しない					
4	居宅 支援	501001 保険者01	0000000002 加ゴ ジ 知	H20.8	5070100001 50支援事業所01	99-9999-9999	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	H20.8	5070000001 サービス事業所01	03-1234-5678	11		
	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。			(確認調整結果記入欄)						過誤					
	確認の 観点	利用実績があるか、月遅れ請求ではないか			(確認調整結果記入欄)						する ・ しない					
5	重複	501001 保険者01	0000000003 加ゴ サ 知	H20.8	5070000001 サービス事業所01	99-9999-9999	13	3100	1	緊急時訪問看護加算1	H20.8	5070000002 サービス事業所02	03-1234-5678	13	3200	1
	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。			(確認調整結果記入欄)						過誤					
	確認の 観点	いずれの請求が誤りか			(確認調整結果記入欄)						する ・ しない					

5 . サービス提供日 / 入所日確認表

次ページに添付します。コピーしてご利用ください。

サービス提供日 / 入所日確認表

対応番号	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
	算定・重複			年 月	

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

サービス実日数		日	外泊日数		日
入所実日数					

6 . 介護給付費縦覧審査確認表の対応について

次ページ以降に縦覧点検出力事由ごとの対応について掲載しています。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 01）
 「縦覧点検出力事由」欄
 貸与開始月に算定可能な加算の合計が制限回数を超えています

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに を付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

県国民健康保険団体連合会

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	501001 保険者 0 1	0000000001 かこ' 知	H20.8	17 8001 車いす貸与 特地加算	1	貸与開始月に算定可能な加算の合計が制限回数を超えています	H20.7	5070000001 サ - ビス事業所 0 1	99-9999-9999	17 8001 車いす貸与 特地加算	1
	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 請求誤りのため過誤 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">する</div> ・ しない				
	確認の観点	それぞれ別の福祉用具貸与を開始して算定しているか / 実日数の記載誤りでないか						(確認調整結果記入欄) 過誤 確認対象情報 H20/8 サービス A 車椅子 H20/8/10 貸与開始 関連情報 H20/7 サービス B 電動車椅子 H20/7/10 貸与開始 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">しない</div>				

又は

(確認調整結果記入欄) 過誤 確認対象情報 H20/8 サービス A 車椅子 H20/8/10 貸与開始 関連情報 H20/7 サービス B 電動車椅子 H20/7/10 貸与開始 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">しない</div>
--

福祉用具商品名・貸与開始日を記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所 0 1		

平成 20 年 8 月 提供分

確認表 対応番号	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	要介護 状態区分	基 本 情 報				明 細 / 特 定 情 報															
						サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2	現物/ 償還	縦覧 区分	サービス 又は識別番号 3	サービス 名称	日数/ 回数	単位数	摘要欄	老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考	
	501001	保険者 0 1	0000000001	かこ' 知	22	H20.7	H20.8	5070000001	サービス事業所 0 1		2	H20.7.1		現物	*01	17-8001	車いす貸与特地加算	1	100	1					
1	501001	保険者 0 1	0000000001	かこ' 知	22	H20.8	H20.9	5070000001	サービス事業所 0 1		2	H20.8.1		現物	*01	17-8001	車いす貸与特地加算	1	100	1					

内容.....貸与開始月に算定可能な加算の合計が制限回数を超えています

報酬算定上の制限

.....サービス開始月に1回のみ算定可能なサービスです。

原因.....「確認対象情報」と同一のサービスコードによる請求が、前月以前にもある場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
(「関連情報」には前月以前の同一サービスコードによる請求が表示されません。)

対応..... それぞれ別の福祉用具の貸与を開始して算定しているか確認してください。確認した結果、それぞれ別の福祉用具の貸与を開始していることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に、「確認対象情報」欄に表示されている福祉用具貸与サービスの福祉用具商品名・貸与開始日及び「関連情報」欄の福祉用具の福祉用具名・貸与開始日を記入し、「過誤しない」に をつけて返送してください。
確認した結果、サービス実日数の記載誤りや請求誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 02）
 「縦覧点検出力事由」欄
 入所(居)日・入院日から算定可能な加算の合計が
 制限回数を超えています

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」「しない」のいずれかに付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	算定	501001 保険者 0 1	0000000001 加付 加付	H20.8	51 6400 福祉施設 初期加算	21	入所(居)日・入院日から算定 可能な加算の合計が制限回数 を超えています	H20.7	5070000001 サービス事業所 0 1	99-9999-9999	51 6400 福祉施設 初期加算	10	
	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) 請求誤りのため過誤					
	確認の 観点	30 日超の病院又は診療所への入院後に再入所した 場合か / 日常生活自立度は 以上か						過誤 <input checked="" type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない					

又は

(確認調整結果記入欄) 国保病院 月 日 ~ 月 日 40 日間	過誤 <input type="checkbox"/> する ・ <input checked="" type="checkbox"/> しない
--	---

医療機関名称・入院期間を
記入してください。

又は

(確認調整結果記入欄) 認知症高齢者自立度	過誤 <input type="checkbox"/> する ・ <input checked="" type="checkbox"/> しない
------------------------------	---

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準
ランクを記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	507000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所 0 1		

平成 20年 8月 提供分

確認表 対応番号	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	基 本 情 報					明 細 / 特 定 情 報					老人保健 市町村番号	老人保健 支給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考					
					要介護 状態区分	サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所 名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2	現物/ 償還					縦覧 区分	サービス 又は識別番号 3	サービス名称	日数/ 回数	単位数
1	501001	保険者 0 1	0000000001	カゴ 知子	21	H20.7	H20.8	5070000001	サービス事業所 0 1		8	H20.7.20		現物	*02	51-6400	福祉施設初期加算	10	30				
	501001	保険者 0 1	0000000001	カゴ 知子	21	H20.8	H20.9	5070000001	サービス事業所 0 1		8	H20.7.20		現物	*02	51-6400	福祉施設初期加算	21	30				

内容.....入所（居）日・入院日から算定可能な加算の合計が制限回数を超えています

報酬算定上の制限

.....入所年月日（小規模多機能型居宅介護の場合は開始年月日）から30日以内で最大30回算定可能なサービスです。

ただし、併設の短期入所等から施設に引き続き入所した場合には、30日から短期入所の利用日数を差し引いた日数に限り算定可能です。

また、介護福祉施設、地域密着型介護福祉施設、小規模多機能型居宅介護の場合は、30日を超える医療機関への入院後に再入所した場合も算定可能です。

認知症対応型共同生活介護、介護福祉施設、介護保健施設の場合は、過去3ヶ月以内に同じ施設に入所した実績がある場合は算定できません。（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランク、Mの者は過去1ヶ月以内。）

原因.....「確認対象情報」のサービス提供年月の前3ヶ月間に、同一入所（院）年月日の請求があり、入所日から退所日までの期間が30日を超えている場合に出力されます。前月以前の請求や、引き続き入所している分も合算されます。

（「関連情報」欄には合算されている請求が表示されます。請求明細書に記入されている入所年月日は「算定期間回数制限縦覧チェック一覧表」に表示されます。）

対応..... 30日超の病院又は診療所への入院後に再入所した場合か確認してください。確認した結果、30日超の入院後に再入所していたことが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に、医療機関名称・入院期間を記入して、「過誤しない」をつけて返送してください。

認知症高齢者の日常生活自立度が以上か確認してください。確認した結果、以上であって、かつ、過去1ヶ月以内に同じ施設に入所した実績がない場合は、「確認調整結果記入欄」欄に、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクを記入して、「過誤しない」をつけて返送してください。

確認した結果、入退所日等の記載誤りや請求内容の誤りであった場合は、「過誤する」をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 05）
 「縦覧点検出力事由」欄
 短期入所の連続日数が30日を超えている可能性
 があります（複数事業所の日数超過）

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに を付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	算定	501001 保険者 0 1	0000000001 かこ 知	H20.8	21 2113 併設短期生 活 1夜減	19	短期入所の連続日数が30日 を超えている可能性があります (複数事業所の日数超過)	H20.7	***** *****	***** *****	21 2113 併設短期生 活 1夜減	21	
	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 請求誤りのため過誤					
	確認の 観点	いずれの請求が誤りか						する ・ しない					

又は

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

「サービス提供日/入所日確認表」を
添付して国保連へ返送してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所 0 1		

平成 20 年 8 月 提供分

確認表 対応番号	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	要介護 状態区分	基 本 情 報				明 細 / 特 定 情 報															
						サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2	現物/ 償還	縦覧 区分	サービス 又は識別番号 3	サービス名称	日数/ 回数	単位数	摘要欄	老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考	
	501001	保険者 0 1	0000000001	かこ 知	21	H20.7	H20.8	*****	*****		3	H20.7.10		現物	*05	21-2113	併設短期生活 1・夜減	21	589						
1	501001	保険者 0 1	0000000001	かこ 知	21	H20.8	H20.9	5070000001	サービス事業所 0 1		3	H20.7.21	H20.8.19	現物	*05	21-2113	併設短期生活 1・夜減	19	589						

内容.....短期入所の連続日数が30日を超えている可能性があります(複数事業所の日数超過)

報酬算定上の制限

.....短期入所サービスは連続して30日を超えて算定することはできません。

原因.....前月入所から当月退所までの期間が30日を超える場合に出力されます。

前月以前の請求や、他の事業所から引き続き入所している分の請求の日数も合算されます。

(「関連情報」欄には合算されている請求が表示されます。他の事業所の情報はアスタリスク(*)で表示されます。)

対応.....自分の事業所のサービス提供状況や入所状況を確認し、「サービス提供日/入所日確認表」に記入してください。(記入例は次ページを参照)

確認した結果、自分の事業所の請求誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

確認した結果、自分の事業所の請求誤りでない場合は、他の事業所の請求との確認が必要になりますので、「サービス提供日/入所日確認表」を添付して、「過誤しない」に をつけて返送してください。(国保連合会にて他の事業所の請求内容を確認した結果、過誤になる場合があります。)

「サービス提供日/入所日確認表」は9ページをコピーしてご利用ください。

「サービス提供日/入所日確認表」の記入例は次ページ以降を参照してください。



ポイント！ 短期入所等と施設等の請求明細書の退所日の記載方法

短期入所と施設等とでは請求明細書の退所日の記載方法が異なります。

	短期入所等	施設等	備考
	様式3、3の2 様式4、4の2 様式5、5の2 様式6の5、6の6	様式6～6の4 様式8、9、10	
入所日	前月から継続して入所している場合はその入所日を記載、その他の場合は当該月の最初の入所日を記載する	同左	-
退所日	月末日において入所継続中の場合は記載不要。当該月に退所した場合は月の最初の退所日を記載する。	月末日において入所継続中の場合は記載不要。当該月に退所した場合は月末に一番近い退所日を記載する。	短期入所の連続入所が30日を超える場合は30日目を退所日とみなして記載する。

「介護給付費縦覧審査確認表」の「確認対象情報」欄の内容を記入してください

サービス提供日 / 入所日確認表

「サービス提供日 / 入所日確認表」
(短期入所サービスの記入例)

対応番号	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
1	算定・重複	501001	0000000001	H20年8月	21
		保険者01	カイゴタロウ		短期生活

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

サービス実日数	19 日	外泊日数	日
入所実日数			

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

(このページは空白です)

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 08）
 「縦覧点検出力事由」欄
 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

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに を付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	算定	501001 保険者 0 1	0000000001 かこ' 知	H20.8	52	6502	1	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。 入所年月日記載誤りのため過誤							過誤					
	確認の 観点	医療機関における入院と通算して1月を超えるか							する ・ しない				

又は

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

医療機関名称・入院期間を
記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所 0 1		

平成 20 年 8 月 提供分

確認表 対応番号	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	要介護 状態区分	基 本 情 報					明 細 / 特 定 情 報					老人保健 市町村番号	老人保健 支給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考				
						サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2	現物/ 償還	縦覧 区分					サービス 又は識別番号 3	サービス名称	日数/ 回数	単位数
1	501001	保険者 0 1	0000000001	かこ' 知	22	H20.8	H20.9	5070000001	サービス事業所 0 1		9	H20.8.1	H20.8.20	現物	*08	52-6502	保健施設退所時指導加算	1	400				

内容.....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

報酬算定上の制限

.....入所（院）期間が1ヶ月を超えている場合に、退所時に1回算定可能なサービスです。

原因.....請求明細書に記入されている入所年月日から退所年月日までの期間が1ヶ月を超えていない場合に出力されます。

（請求明細書に記入されている入所年月日は、「算定期間回数制限縦覧チェック一覧表」に表示されます。）

対応..... 医療機関の入院期間と通算して1ヶ月を超えている場合か確認してください。確認した結果、1ヶ月を超える入院であることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に医療機関名称・入院期間を記入して、「過誤しない」に をつけて返送してください。
確認した結果、入退所日等の記載誤りや請求内容の誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 08、*16）
 「縦覧点検出力事由」欄
 介護保険施設を退所した実績がありません
 （事例は初回加算）

事業所番号	5070000001
事業所名	支援事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」「しない」のいずれかに付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	算定	501001 保険者 0 1	0000000001 加保 初	H20.8	43 居宅支援 2・初	2215	介護保険施設を退所した実績 がありません	H20.7	***** *****	***** *****	53 介護医療施 設		
		（確認調整結果記入欄）						過誤					
	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。						する ・ しない					

又は

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

施設名称・入所期間を
記入してください。

又は

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

医療機関名称・入院期間を
記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	507000001	事業所状態	
事業所名	支援事業所 0 1		

平成 20年 8月 提供分

確認表 対応番号	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	要介護 状態区分	基 本 情 報				明 細 / 特 定 情 報					老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考				
						サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所 名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2	現物/ 償還					縦覧 区分	サービス 又は識別番号 3	サービス名称	日数/ 回数
	501001	保険者 0 1	0000000001	カノ 知子	22	H20.7	H20.8	*****			10	H20.7.1		現物	*08	53	介護医療施設					
1	501001	保険者 0 1	0000000001	カノ 知子	22	H20.8	H20.9	5070000001	支援事業所 0 1		7			現物	*08	43-2215	居宅支援 2・初		1,900			

内容.....介護保険施設を退所した実績がありません

報酬算定上の制限

<平成 2 1年 3月サービス分まで：初回加算 >

..... 3 0日を超える入所(院)の退所(院)にあたって、病院・施設と連携して居宅サービス計画を新規に作成した月に算定できます。

ただし、前回算定から6ヶ月以上経過していない場合や介護老人福祉施設の在宅・入所相互利用加算及び介護老人保健施設の試行的退所を算定している場合は算定できません。

<平成 2 1年 4月サービス分以降：退院退所加算 ・ >

.....介護保険施設又は病院からの退所(院)があり、算定要件を満たした場合に、算定できます。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定できません。

原因.....介護保険施設の入所実績はあるが、退所実績がない場合に出力されます。

(「関連情報」欄には介護保険施設の入所実績が表示されます。他の事業所の情報はアスタリスク(*)で表示されます。)

対応..... 介護保険施設又は病院からの退所(院)等を確認した結果、上記「報酬算定上の制限」に基づき、算定可と確認できた場合は、「確認調整結果記入欄」に施設名称・入所(院)期間等を記入して、「過誤しない」に をつけて返送してください。

介護保険施設又は病院からの退所(院)等を確認した結果、記載誤りや請求内容の誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 08、*16）
 「縦覧点検出力事由」欄
 介護保険施設の入所実績がありません
 （事例は初回加算）

事業所番号	5070000001
事業所名	支援事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに を付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	算定	501001 保険者 0 1	0000000001 加代 知	H20.8	43 2115 居宅支援 1・初		介護保険施設の入所実績がありません						
	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	病院又は診療所への30日を超える入院があるか						請求誤りのため過誤	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> する ・ しない </div>				

又は

(確認調整結果記入欄)	過誤
国保病院 月 日 ~ 月 日 40日間	する ・ <div style="border: 2px solid red; padding: 2px;"> しない </div>

医療機関名称・入院期間を記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	支援事業所 0 1		

平成 20 年 8 月 提供分

基 本 情 報										明 細 / 特 定 情 報															
確認表 対応番号	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	要介護 状態区分	サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2	現物/ 償還	縦覧 区分	サービス 又は識別番号 3	サービス 名称	日数/ 回数	単位数	摘要欄	老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考	
1	501001	保険者 0 1	0000000001	加代 知	22	H20.8	H20.9	5070000001	支援事業所 0 1		7			現物	*08	43-2115	居宅支援 1・初		1,600						介護入所実績なし

内容.....介護保険施設の入所実績がありません

報酬算定上の制限

<平成21年3月サービス分まで：初回加算 >

.....30日を超える入所（院）の退所（院）にあたって、病院・施設と連携して居宅サービス計画を新規に作成した月に算定できます。

ただし、前回算定から6ヶ月以上経過していない場合や介護老人福祉施設の在宅・入所相互利用加算及び介護老人保健施設の試行的退所を算定している場合は算定できません。

<平成21年4月サービス分以降：退院退所加算 ・ >

.....介護保険施設又は病院からの退所（院）があり、算定要件を満たした場合に、算定できます。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定できません。

原因.....介護保険施設の入所実績がない場合に出力されます。

対応..... 介護保険施設又は病院からの退所（院）等を確認した結果、上記「報酬算定上の制限」に基づき、算定可と確認できた場合は、「確認調整結果記入欄」に施設名称・入所（院）期間等を記入して、「過誤しない」に をつけて返送してください。

介護保険施設又は病院からの退所（院）等を確認した結果、記載誤りや請求内容の誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 08、*16）
 「縦覧点検出力事由」欄
 介護保険施設への入所期間が30日以内の場合に
 請求している可能性があります（事例は初回加算）

事業所番号	5070000001
事業所名	支援事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」「しない」のいずれかに付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	算定	501001 保険者 0 1	0000000001 かこ 知	H20.8	43 居宅支援 2・初	2215	介護保険施設への入所期間が 30日以内の場合に請求して いる可能性があります	H20.7	***** *****	***** *****	53 介護医療施 設		
		（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。 請求誤りのため過誤						過誤 する ・ しない					
	確認の 観点	病院又は診療所への30日を超える入院があるか											

又は

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

医療機関名称・入院期間を
記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	支援事業所 0 1		

平成 20 年 8 月 提供分

確認表 対応番号	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	要介護 状態区分	サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2	現物/ 償還	縦覧 区分	サービス 又は識別番号 3	サービス 名称	日数/ 回数	単位数	摘要欄	老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考
	501001	保険者 0 1	0000000001	かこ 知	23	H20.7	H20.8	*****	*****			H20.7.1	H20.7.25	現物	*08	53	介護医療施設							
1	501001	保険者 0 1	0000000001	かこ 知	23	H20.8	H20.9	5070000001	支援事業所 0 1		7			現物	*08	43-2215	居宅支援 2・初		1,900					

内容.....介護保険施設への入所期間が30日以内の場合に請求している可能性があります

報酬算定上の制限

<平成21年3月サービス分まで：初回加算 >

.....30日を超える入所（院）の退所（院）にあたって、病院・施設と連携して居宅サービス計画を新規に作成した月に算定できます。

ただし、前回算定から6ヶ月以上経過していない場合や介護老人福祉施設の在宅・入所相互利用加算及び介護老人保健施設の試行的退所を算定している場合は算定できません。

<平成21年4月サービス分以降：退院退所加算 ・ >

.....介護保険施設又は病院からの退所（院）があり、算定要件を満たした場合に、算定できます。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定できません。

原因.....介護保険施設の入所期間が30日以下の場合に出力されます。

（「関連情報」欄には介護保険施設の入所実績が表示されます。他の事業所の情報はアスタリスク（*）で表示されます。）

対応..... 介護保険施設又は病院からの退所（院）等を確認した結果、上記「報酬算定上の制限」に基づき、算定可と確認できた場合は、「確認調整結果記入欄」に施設名称・入所（院）期間等を記入して、「過誤しない」に をつけて返送してください。

介護保険施設又は病院からの退所（院）等を確認した結果、記載誤りや請求内容の誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 08、*16）
 「縦覧点検出力事由」欄
 施設入所時に在宅・入所相互利用加算又は試行的退所サービス費を算定しています（事例は初回加算）

事業所番号	507000001
事業所名	支援事業所 0 1

平成 21 年 9 月 縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」「しない」のいずれかに付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	算定	501001 保険者 0 1	000000001 かい' 知'	H20.8	43 2215 居宅支援 2・初		施設入所時に在宅・入所相互利用加算又は試行的退所サービス費を算定しています	H20.7	***** *****	***** *****	52 6301 保健施設試行的退所サービス費	2	
	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 請求誤りのため過誤					
	確認の観点	病院又は診療所への 30 日を超える入院があるか							過誤 する ・ しない				

又は

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

医療機関名称・入院期間を記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	507000001	事業所状態	
事業所名	支援事業所 0 1		

平成 20 年 8 月 提供分

確認表対応番号	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	要介護状態区分	基本情報				明細 / 特定情報				老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考						
						サービス提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2					現物/ 償還	縦覧 区分	サービス 又は識別番号 3	サービス 名称	日数/ 回数	単位数
	501001	保険者 0 1	000000001	かい' 知'	23	H20.7	H20.8	*****	*****		9	H20.5.1	H20.7.25	現物	*08	52-6301	保健施設試行的退所サービス費	2	800				
1	501001	保険者 0 1	000000001	かい' 知'	23	H20.8	H20.9	507000001	支援事業所 0 1		7			現物	*08	43-2215	居宅支援 2・初		1,900				

内容.....施設入所時に在宅・入所相互利用加算又は試行的退所サービス費を算定しています

報酬算定上の制限

<平成21年3月サービス分まで：初回加算 >

.....30日を超える入所（院）の退所（院）にあたって、病院・施設と連携して居宅サービス計画を新規に作成した月に算定できます。

ただし、前回算定から6ヶ月以上経過していない場合や介護老人福祉施設の在宅・入所相互利用加算及び介護老人保健施設の試行的退所を算定している場合は算定できません。

<平成21年4月サービス分以降：退院退所加算 . >

.....介護保険施設又は病院からの退所（院）があり、算定要件を満たした場合に、算定できます。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定できません。

原因.....介護福祉施設の在宅・入所者相互利用加算又は介護保健施設の試行的退所サービス費の請求がある場合に出力されます。

（「関連情報」欄には在宅・入所者相互利用加算又は介護保健施設の試行的退所サービス費の請求が表示されます。他の事業所の情報はアスタリスク（*）で表示されます。）

対応..... 介護保険施設又は病院からの退所（院）等を確認した結果、上記「報酬算定上の制限」に基づき、算定可と確認できた場合は、「確認調整結果記入欄」に施設名称・入所（院）期間等を記入して、「過誤しない」に をつけて返送してください。

介護保険施設又は病院からの退所（院）等を確認した結果、記載誤りや請求内容の誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 08、*16）
 「縦覧点検出力事由」欄
 施設退所後既に居宅サービス計画費を算定して
 います（事例は初回加算）

事業所番号	507000001
事業所名	支援事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」「しない」のいずれかに を付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	算定	501001 保険者 0 1	0000000001 加代 知	H20.8	43 2115 居宅支援 1・初		施設退所後既に居宅サービス 計画費を算定しています	H20.6	***** *****	***** *****	51 介護福祉施 設		
	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) 請求誤りのため過誤	H20.7	5070000001 支援事業所 0 1	99-9999-9999	43 2111 居宅支援 1	
	確認の 観点	病院又は診療所への 30 日を超える入院があるか						(確認調整結果記入欄) 過誤 する ・ しない					

又は

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

医療機関名称・入院期間を
記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	507000001	事業所状態	
事業所名	支援事業所 0 1		

平成 20 年 8 月 提供分

確認表 対応番号	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	要介護 状態区分	基 本 情 報				明 細 / 特 定 情 報																	
						サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態 番号	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2	現物/ 償還	縦覧 区分	サービス 又は識別番号 3	サービス名称	日数/ 回数	単位数	摘要欄	老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考			
	501001	保険者 0 1	0000000001	加代 知	22	H20.6	H20.7	*****	*****		8	H20.5.1	H20.6.25	現物	*08	51	介護福祉施設										
	501001	保険者 0 1	0000000001	加代 知	22	H20.7	H20.8	5070000001	支援事業所 0 1		7			現物	*08	43-2111	居宅支援 1		1,000								
1	501001	保険者 0 1	0000000001	加代 知	22	H20.8	H20.9	5070000001	支援事業所 0 1		7			現物	*08	43-2115	居宅支援 1・初		1,600								

内容.....施設退所後既に居宅サービス計画費を算定しています

報酬算定上の制限

<平成21年3月サービス分まで：初回加算 >

.....30日を超える入所（院）の退所（院）にあたって、病院・施設と連携して居宅サービス計画を新規に作成した月に算定できます。

ただし、前回算定から6ヶ月以上経過していない場合や介護老人福祉施設の在宅・入所相互利用加算及び介護老人保健施設の試行的退所を算定している場合は算定できません。

<平成21年4月サービス分以降：退院退所加算 ・ >

.....介護保険施設又は病院からの退所（院）があり、算定要件を満たした場合に、算定できます。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定できません。

原因.....施設退所後、既に居宅サービス計画費の請求がある場合に出力されます。

（「関連情報」欄には施設と居宅サービス計画費の請求が表示されます。他の事業所の情報はアスタリスク（*）で表示されます。）

対応..... 介護保険施設又は病院からの退所（院）等を確認した結果、上記「報酬算定上の制限」に基づき、算定可と確認できた場合は、「確認調整結果記入欄」に施設名称・入所（院）期間等を記入して、「過誤しない」に をつけて返送してください。

介護保険施設又は病院からの退所（院）等を確認した結果、記載誤りや請求内容の誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 09）
 「縦覧点検出力事由」欄
 介護保険施設を退所した実績がありません

事業所番号	5070000001
事業所名	支援事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」「しない」のいずれかに を付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	算定	501001 保険者 0 1	0000000001 加保 初	H20.8	43 居宅支援 2・初	2213	介護保険施設を退所した実績 がありません	H20.7	***** *****	***** *****	51 介護福祉施 設		
		（確認調整結果記入欄）						過誤					
	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。						請求誤りのため過誤	する ・ しない				

又は

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

施設名称・入所期間を
記入してください。

又は

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

医療機関名称・入院期間を
記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	507000001	事業所状態	
事業所名	支援事業所 0 1		

平成 20年 8月 提供分

基 本 情 報										明 細 / 特 定 情 報														
確認表 対応番号	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	要介護 状態区分	サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2	現物/ 償還	縦覧 区分	サービス 又は識別番号 3	サービス名称	回数/	単位数	摘要欄	老人保健 市町村番号	老人保健 支給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考
	501001	保険者 0 1	0000000001	カコ 知子	25	H20.7	H20.8	*****			8	H20.6.5		現物	*09	51	介護福祉施設							
1	501001	保険者 0 1	0000000001	カコ 知子	25	H20.8	H20.9	5070000001	支援事業所 0 1		7			現物	*09	43-2213	居宅支援 2・初		1,550					

内容.....介護保険施設を退所した実績がありません

報酬算定上の制限（平成21年3月サービス分まで）

..... 30日を超える入所（院）の退所（院）にあたって、病院・施設と連携して居宅サービス計画を新規に作成した月に算定できます。
 （介護老人福祉施設の在宅・入所相互利用加算及び介護老人保健施設の試行的退所を算定している場合）
 ただし、前回算定から6ヶ月以上経過していない場合は算定できません。

原因.....介護保険施設の入所実績はあるが、退所実績がない場合に出力されます。

（「関連情報」欄には介護保険施設の入所実績が表示されます。他の事業所の情報はアスタリスク（*）で表示されます。）

対応..... 介護保険施設の30日を超える入所の退所にあたって算定している場合か確認してください。確認した結果、介護保険施設退所時に算定していることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に施設名称・入所期間を記入して、「過誤しない」に をつけて返送してください。医療機関の30日を超える入院の退院にあたって算定している場合か確認してください。確認した結果、医療機関退院時に算定していることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に医療機関名称・入院期間を記入して、「過誤しない」に をつけて返送してください。確認した結果、記載誤りや請求内容の誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 09）
 「縦覧点検出力事由」欄
 介護保険施設への入所期間が30日以内の場合
 に請求している可能性があります

事業所番号	507000001
事業所名	支援事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに を付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	算定	501001 保険者 0 1	0000000001 かこ 知	H20.8	43 2113 居宅支援 1・初		介護保険施設への入所期間が 30日以内の場合に請求して いる可能性があります	H20.7	***** *****	***** *****	51 介護福祉施 設		
		(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。 請求誤りのため過誤						過誤 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">する</div> ・ しない					
	確認の 観点	病院又は診療所への30日を超える入院があるか											

又は

(確認調整結果記入欄) 国保病院 月 日 ~ 月 日 40日間	過誤 する ・ <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">しない</div>
---------------------------------------	---

医療機関名称・入院期間を
記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	507000001	事業所状態	
事業所名	支援事業所 0 1		

平成 20 年 8 月 提供分

確認表 対応番号	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	基 本 情 報				明 細 / 特 定 情 報																		
					要介護 状態区分	サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所 名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2	現物/ 償還	縦覧 区分	サービス 又は識別 番号 3	サービス 名称	日数/ 回数	単位数	摘要欄	老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考			
	501001	保険者 0 1	0000000001	かこ 知	21	H20.7	H20.8	*****	*****		8	H20.7.5	H20.7.31	現物	*09	51	介護福祉施設										
1	501001	保険者 0 1	0000000001	かこ 知	21	H20.8	H20.9	5070000001	支援事業所 0 1		7			現物	*09	43-2113	居宅支援 1・初		1,250								

内容.....介護保険施設への入所期間が30日以内の場合に請求している可能性があります

報酬算定上の制限（平成21年3月サービス分まで）

.....30日を超える入所（院）の退所（院）にあたって、病院・施設と連携して居宅サービス計画を新規に作成した月に算定できます。
（介護老人福祉施設の在宅・入所相互利用加算及び介護老人保健施設の試行的退所を算定している場合）
ただし、前回算定から6ヶ月以上経過していない場合は算定できません。

原因.....介護保険施設の入所期間が30日以下の場合に出力されます。

（「関連情報」欄には介護保険施設の入所実績が表示されます。他の事業所の情報はアスタリスク（*）で表示されます。）

対応..... 医療機関の30日を超える入院の退院にあたって算定している場合か確認してください。確認した結果、医療機関退院時に算定していることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に医療機関名称・入院期間を記入して、「過誤しない」に をつけて返送してください。確認した結果、記載誤りや請求内容の誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 09）
 「縦覧点検出力事由」欄
 施設退所後既に居宅サービス計画費を算定しています

事業所番号	507000001
事業所名	支援事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに を付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	算定	501001 保険者 0 1	0000000001 加代 知	H20.8	43 2113 居宅支援 1・初		施設退所後既に居宅サービス 計画費を算定しています	H20.6	***** *****	***** *****	51 介護福祉施設		
	(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。 請求誤りのため過誤							過誤 する ・ しない	H20.7	507000001 支援事業所 0 1	99-9999-9999	43 2111 居宅支援 1	
	確認の 観点	病院又は診療所への 30 日を超える入院があるか											

又は

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

医療機関名称・入院期間を
記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	507000001	事業所状態	
事業所名	支援事業所 0 1		

平成 20 年 8 月 提供分

確認表 対応番号	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	基 本 情 報				明 細 / 特 定 情 報																	
					要介護 状態区分	サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2	現物/ 償還	縦覧 区分	サービス 又は識別番号 3	サービス名称	日数/ 回数	単位数	摘要欄	老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考		
	501001	保険者 0 1	0000000001	加代 知	22	H20.6	H20.7	*****	*****		8	H20.5.1	H20.6.15	現物	*09	51	介護福祉施設									
	501001	保険者 0 1	0000000001	加代 知	22	H20.7	H20.8	5070000001	支援事業所 0 1		7			現物	*09	43-2111	居宅支援 1		1,000							
1	501001	保険者 0 1	0000000001	加代 知	22	H20.8	H20.9	5070000001	支援事業所 0 1		7			現物	*09	43-2113	居宅支援 1・初		1,250							

内容.....施設退所後既に居宅サービス計画費を算定しています

報酬算定上の制限（平成21年3月サービス分まで）

.....30日を超える入所（院）の退所（院）にあたって、病院・施設と連携して居宅サービス計画を新規に作成した月に算定できます。
（介護老人福祉施設の在宅・入所相互利用加算及び介護老人保健施設の試行的退所を算定している場合）
ただし、前回算定から6ヶ月以上経過していない場合は算定できません。

原因.....施設退所後、既に居宅サービス計画費の請求がある場合に出力されます。

（「関連情報」欄には施設と居宅サービス計画費の請求が表示されます。他の事業所の情報はアスタリスク（*）で表示されます。）

対応..... 医療機関の30日を超える入院の退院にあたって算定している場合か確認してください。確認した結果、医療機関退院時に算定していることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に医療機関名称・入院期間を記入して、「過誤しない」に をつけて返送してください。確認した結果、記載誤りや請求内容の誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 10）
 「縦覧点検出力事由」欄
 退院（所）日又は認定日から1ヶ月超（1ヶ月以内又は3ヶ月超 / 3ヶ月超）の場合に請求している可能性があります

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	算定	501001 保険者 0 1	0000000001 加代 知	H20.8	16 通所リハ短期集中リハ加算 1	5602	3	退院（所）日又は認定日から1ヶ月超の場合に請求している可能性があります	H20.7	*****	*****	51	介護福祉施設	
		（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。 請求誤りのため過誤							過誤					
	確認の観点	リハビリテーション実施日が利用条件（1月以内）を満たしているか / 医療機関の退院後であるか確認 / 摘要欄の記載内容を確認							する ・ しない					

又は

（確認調整結果記入欄） 起算日 病院の退院日（国保病院） 月 日 加算の算定日 4日、6日、8日	過誤 する ・ しない
--	----------------------

起算日の種類（病院退院日 / 施設退所日 / 認定日）と起算日の年月日と加算の算定日を記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所 0 1		

平成 20 年 8 月 提供分

確認表 対応番号	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	要介護 状態区分	基本情報				明細 / 特定情報				老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考				
						サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所 名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2					現物/ 償還	縦覧 区分	サービス 又は識別番号 3	サービス 名称
	501001	保険者 0 1	0000000001	加代 知	22	H20.7	H20.8	*****	*****		8	H20.7.1		現物	*10	51	介護福祉施設			20051201	
1	501001	保険者 0 1	0000000001	加代 知	22	H20.8	H20.9	5070000001	サービス事業所 0 1		2			現物	*10	16-5602	通所リハ短期集中リハ加算 1	3	180	20080720	20051201

内容.....退院(所)日又は認定日から1ヶ月超(1ヶ月以内又は3ヶ月超 / 3ヶ月超)の場合に請求している可能性があります

報酬算定上の制限

.....病院又は施設を退院(所)した日又は認定日から起算して以下の期間内に算定可能なサービスです。

サービスコード		サービス略称	利用条件(算定可能な期間)
14	5001	訪問リハ短期集中加算1	退院(所)日又は認定日から1月以内
14	5002	訪問リハ短期集中加算2	退院(所)日又は認定日から1月超3月以内
16	5602	通所リハ短期集中リハ加算1	退院(所)日又は認定日から1月以内
16	5603	通所リハ短期集中リハ加算2	退院(所)日又は認定日から1月超3月以内
64	5001	予防短期集中リハ加算	退院(所)日又は認定日から3月以内

原因.....「確認対象情報」のサービスコードが、算定可能な期間外に請求されている場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
(「関連情報」欄には介護保険施設の入所実績が表示されます。他の事業所の情報はアスタリスク(*)で表示されます。)

対応..... リハビリテーション実施日が利用条件(算定可能な期間)を満たしているか確認してください。確認した結果、利用条件を満たしていることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に、起算日の種類(病院退院日/施設退所日/認定日)と起算日の年月日と加算の算定日を記入し、「過誤しない」に をつけて返送してください。
確認した結果、記載誤りや請求誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 10）
 「縦覧点検出力事由」欄
 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3ヶ月目）

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに を付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	算定	501001 保険者 0 1	0000000001 加代 知	H20.8	52 6253 保健施設認知症短期集中リハ加算	3	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3ヶ月目）							
	（確認調整結果記入欄）							過誤						
	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。							する ・ しない						
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							する ・ しない						

又は

（確認調整結果記入欄）							過誤
入所日 月 日 加算の算定日 4日、6日、8日							する ・ しない

入所日と加算の算定日を記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	5070000001	事業所状態	
-------	------------	-------	--

事業所名	サービス事業所 0 1
------	-------------

平成 20 年 8 月 提供分

確認表 対応番号	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	要介護 状態区分	基 本 情 報				明 細 / 特 定 情 報					老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考					
						サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2	現物/ 償還					縦覧 区分	サービス 又は識別番号 3	サービス名称	日数/ 回数	単位数
1	501001	保険者 0 1	0000000001	加代 知	24	H20.8	H20.9	5070000001	サービス事業所 0 1	9	H20.5.1		現物	*10	52-6253	保健施設認知症短期集中リハ加算	3	60	20080501				

内容.....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3ヶ月目)

報酬算定上の制限

.....入所日から算定して以下の期間内に算定可能なサービスです。

サービスコード		サービス略称	算定可能な期間
5 2	6 2 5 3	保健施設認知症短期集中リハ加算	入所日から3月以内

原因.....「確認対象情報」のサービスコードが、算定可能な期間外に請求されている場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
入所日は「算定期間回数制限縦覧チェック一覧表」の「入所(院)年月日」欄に表示されます。

対応..... リハビリテーション実施日が入所日から3ヶ月以内であるか確認してください。確認した結果、3ヶ月以内であることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に、入所日と加算の算定日を記入し、「過誤しない」に をつけて返送してください。
確認した結果、記載誤りや請求誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 10）
 「縦覧点検出力事由」欄
 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3ヶ月超）

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに を付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	算定	501001 保険者 0 1	0000000001 加代 知	H20.8	52	6253	3	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3ヶ月超）						
	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 請求誤りのため過誤 する ・ しない						
	確認の観点	再入所しているか / 摘要欄の記載内容を確認							又は （確認調整結果記入欄） 過誤 再入所日 月 日 加算の算定日 16日、18日、20日 する ・ しない					

再入所日と加算の算定日を記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所 0 1		

平成 20 年 8 月 提供分

確認表 対応番号	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	要介護 状態区分	基本情報				明細 / 特定情報				老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考						
						サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所 名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2					現物/ 償還	縦覧 区分	サービス 又は識別番号 3	サービス 名称	日数/ 回数	単位数
1	501001	保険者 0 1	0000000001	加代 知	24	H20.8	H20.9	5070000001	サービス事業所 0 1		9	H20.3.1		現物	*10	52-6253	保健施設認知症短期集中 リハ加算	3	60	20080501			

内容.....入所日から3ヶ月以降に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3ヶ月超)

報酬算定上の制限

.....入所日から算定して以下の期間内に算定可能なサービスです。

サービスコード		サービス略称	算定可能な期間
5 2	6 2 5 3	保健施設認知症短期集中リハ加算	入所日から3月以内

原因.....「確認対象情報」のサービスコードが、算定可能な期間外に請求されている場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
入所日は「算定期間回数制限縦覧チェック一覧表」の「入所(院)年月日」欄に表示されます。

対応..... 入退所を繰り返している場合は、再入所した日から3ヶ月以内であるか確認してください。確認した結果、再入所日から3ヶ月以内であることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に、再入所日と加算の算定日を記入し、「過誤しない」に をつけて返送してください。
確認した結果、記載誤りや請求誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 61）
 「縦覧点検出力事由」欄
 入院日から過去3ヶ月以内に同じ施設に入所して
 います / 初期入院診療管理の合計が制限回数を
 超えています

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに を付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

県国民健康保険団体連合会

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	501001 保険者 0 1	0000000001 かこ' 知	H20.8	53 @05 初期入院診 療管理	1	入院日から過去3ヶ月以内に 同じ施設に入所しています	H20.7	5070000001 サービス事業所 0 1	99-9999-9999	53 介護医療施 設		
	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 請求誤りのため過誤					
	確認の 観点	認知症高齢者自立度ランクが、又はMに該当 するか						過誤 する ・ しない					

又は

(確認調整結果記入欄) 認知症高齢者自立度 M	過誤 する ・ しない
-----------------------------------	------------------------------------

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準
 ランクを記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所 0 1		

平成 20 年 8 月 提供分

確認表 対応番号	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	基 本 情 報				明 細 / 特 定 情 報																
					要介護 状態区分	サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2	現物/ 償還	縦覧 区分	サービス 又は識別番号 3	サービス名称	日数/ 回数	単位数	摘要欄	老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考	
	501001	保険者 0 1	0000000001	かこ' 知	22	H20.7	H20.8	5070000001	サービス事業所 0 1		10	H20.7.1	H20.7.20	現物	*61	53	介護医療施設								
1	501001	保険者 0 1	0000000001	かこ' 知	22	H20.8	H20.9	5070000001	サービス事業所 0 1		10	H20.8.1		現物	*61	@05	初期入院診療管理	1	250						

内容.....入院日から過去3ヶ月以内に同じ施設に入所しています / 初期入院診療管理の合計が制限回数を超えています

報酬算定上の制限

.....入院時に1回及び入院後6ヶ月以内に診療方針に重要な変更があった場合はさらに1回(入院後6ヶ月以内に最大2回)算定可能なサービスです。ただし、過去3ヶ月以内に同じ施設に入所した実績がある場合は算定できません。(認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランク、Mの者は過去1ヶ月以内。)

原因.....過去3ヶ月以内に同じ施設に入所した実績がある場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
または、過去6ヶ月以内の初期入院診療管理の算定回数の合計が2回を超えている場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。

対応..... 認知症高齢者の日常生活自立度が 以上か確認してください。確認した結果、 以上であって、かつ、過去1ヶ月以内に同じ施設に入所した実績がない場合は、「確認調整結果記入欄」に、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクを記入して、「過誤しない」に をつけて返送してください。
確認した結果、入退所日等の記載誤りや請求内容の誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 算定（縦覧区分 * 62）
 「縦覧点検出力事由」欄
 リハビリ計画加算の合計が制限回数を超えています

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに を付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	算定	501001 保険者 0 1	0000000001 加保 知	H20.8	23 @20 理学療法リ ハビリ計画 加算	1	リハビリ計画加算の合計が制 限回数を超えています	H20.7	5070000001 サービス事業所 0 1	99-9999-9999	23 @20 理学療法リ ハビリ計画 加算	1	
	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	再入所、又は、再認定された場合か						請求誤りのため過誤	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;"> する ・ しない </div>				

又は

(確認調整結果記入欄)	過誤
再入所日 月 日	する
加算の算定日 16 日	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;"> しない </div>

再入所日と加算の算定日を
記入してください。

又は

(確認調整結果記入欄)	過誤
再認定日 月 日	する
加算の算定日 16 日	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;"> しない </div>

再認定日と加算の算定日を
記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	507000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所 0 1		

平成 20年 8月 提供分

確認表 対応番号	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	要介護 状態区分	基 本 情 報					明 細 / 特 定 情 報					老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考				
						サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所 名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日 1	退所(院) 年月日 2	現物/ 償還	縦覧 区分					サービス 又は識別番号 3	サービス名称	日数/ 回数	単位数
	501001	保険者 0 1	0000000001	カゴ 知子	23	H20.7	H20.8	5070000001	サービス事業所 0 1		5	H20.7.25		現物	*62	@20	理学療法リハビリ計画加算	1	480			20080101	
1	501001	保険者 0 1	0000000001	カゴ 知子	23	H20.8	H20.9	5070000001	サービス事業所 0 1		5	H20.7.25		現物	*62	@20	理学療法リハビリ計画加算	1	480			20080101	

内容.....リハビリ計画加算の合計が制限回数を超えています

報酬算定上の制限

.....病院・施設等を退院・退所した日もしくは認定を受けた日から初めて利用した月に限り 1月に 1回算定できます。

原因.....リハビリ計画加算の請求が、前月以前にもある場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。

対応..... 入退所を繰り返している場合、再入所した日から初めて利用した月であるか確認してください。確認した結果、再入所した月であることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に、再入所日とリハビリ計画加算の算定日を記入し、「過誤しない」に をつけて返送してください。

再認定を受けている場合か確認してください。確認した結果、再認定を受けた月であることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に、再認定日とリハビリ計画加算の算定日を記入し、「過誤しない」に をつけて返送してください。

確認した結果、入退所日等の記載誤りや請求内容の誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 重複（縦覧区分 * 01）
 「縦覧点検出力事由」欄
 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

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	重複	501001 保険者 0 1	0000000001 かご 知	H20.8	14 訪問リハビリ	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	H20.8	*****	*****	52 介護保健施設	25	
	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 請求誤りのため過誤					
	確認の観点	いずれの請求が誤りか							する ・ しない				

又は

居宅介護支援
介護予防支援以外の
サービスの場合

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

「サービス提供日 / 入所日確認表」を添付して国保連へ返送してください。

又は

居宅介護支援
介護予防支援の場合

(確認調整結果記入欄) サービス提供を行った事業所 5070000002 事業所 0 2 10日 5070000003 事業所 0 3 30日	過誤 する ・ しない
---	----------------------

サービス提供を行った事業所の事業所番号・事業所名・サービス提供日数を記入してください。

重複請求縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	507000001	事業所状態
事業所名	サービス事業所 0 1	

平成 20年 8月 提供分

確認表 対応番号	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 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	支援事業所 番号	支援事業所名称	様式 番号	開始年月日 入所年月日 3	退所年月日 3	実日数 1 3	受給可能 日数 2 3	現物/ 償還	サービス	サービス名称	単位数 4	日数/ 回数 4	サービス 単位数	備考
1	501001	保険者 0 1	000000001	加古 知妙	H20.8	H20.9	507000001	サービス事業所 0 1		507000002	支援事業所 0 2	2			8	32	現物	14	訪問リハビリ			4,000	
	501001	保険者 0 1	000000001	加古 知妙	H20.8	H20.9	*****	*****				9	H20.8.6		25		現物	52	介護保健施設			17,550	

内容.....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

原因.....請求された日数の合計が、利用者の当該月でのサービスを受けられる日数（＝受給可能日数）より大きい場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。他のサービス、他の事業所の分の請求の日数も合算されます。（「関連情報」欄には合算されている請求が表示されます。他の事業所の情報はアスタリスク（*）で表示されます。）

対応..... 「確認対象情報」の「サービス」が居宅介護支援、介護予防支援以外のサービスの場合
 自分の事業所のサービス提供状況や入所状況を確認し、「サービス提供日／入所日確認表」に記入してください。（記入例は次ページを参照）
 確認した結果、自分の事業所の請求誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。
 確認した結果、自分の事業所の請求誤りでない場合は、他の事業所の請求との確認が必要になりますので、「サービス提供日／入所日確認表」を添付して、「過誤しない」に をつけて返送してください。（国保連合会にて他の事業所の請求内容を確認した結果、過誤になる場合があります。）

「確認対象情報」の「サービス」欄が居宅介護支援、介護予防支援の場合
 該当の利用者の、サービス事業所のサービス提供状況、施設入所状況を確認してください。
 確認した結果、自分の事業所の請求誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。
 確認した結果、自分の事業所の請求誤りでない場合は、他の事業所の請求との確認が必要になりますので、「確認調整結果記入欄」に「サービス提供を行ったサービス事業所の事業所番号、事業所名、サービス提供日数を記入し、「過誤しない」に をつけて返送してください。（国保連合会にて他の事業所の請求内容を確認した結果、過誤になる場合があります。）

「サービス提供日／入所日確認表」は13ページをコピーしてご利用ください。
 「サービス提供日／入所日確認表」の記入例は次ページ以降を参照してください。

「サービス提供日 / 入所日確認表」の記入例

サービス		記入例
11	訪問介護	居宅
12	訪問入浴介護	居宅
13	訪問看護	居宅
14	訪問リハビリ	居宅
15	通所介護	居宅
16	通所リハビリ	居宅
17	福祉用具貸与	福祉用具
21	短期入所生活介護	短期入所
22	短期入所老健施設	短期入所
23	短期入所医療施設	短期入所
24	予防短期生活介護	短期入所
25	予防短期老健施設	短期入所
26	予防短期医療施設	短期入所
31	居宅療養管理指導	居宅
32	認知症型共同生活	施設
33	特定施設生活介護	施設
34	予防療養管理指導	居宅
35	予防特定施設介護	施設
36	地域特定施設介護	施設
37	予防認知症型	施設

サービス		記入例
38	認知症型短期	短期入所
39	予防認知症型短期	短期入所
43	居宅介護支援	提出不要
46	介護予防支援	提出不要
51	介護福祉施設	施設
52	介護保健施設	施設
53	介護医療施設	施設
54	地域老人福祉施設	施設
61	予防訪問介護	居宅
62	予防訪問入浴介護	居宅
63	予防訪問看護	居宅
64	予防訪問リハビリ	居宅
65	予防通所介護	居宅
66	予防通所リハビリ	居宅
67	予防福祉用具貸与	福祉用具
71	夜間対応訪問介護	居宅
72	認知症型通所介護	居宅
73	小規模多機能型	居宅
74	予防認知症型通所	居宅
75	予防小規模多機能	居宅

「介護給付費縦覧審査確認表」の「確認対象情報」欄の内容を記入してください

サービス提供日 / 入所日確認表

「サービス提供日 / 入所日確認表」
(居宅サービスの記入例)

対応番号	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
1	算定・ 重複	501001	0000000001	H20年8月	14
		保険者01	カイゴタロウ		訪問リハビリ

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

サービス実日数	8 日	外泊日数	日
入所実日数			

サービスを提供した時間帯に をつけて
ください

「介護給付費縦覧審査確認表」の「確認対象情報」欄の内容を記入してください

サービス提供日 / 入所日確認表

「サービス提供日 / 入所日確認表」
(福祉用具貸与サービスの記入例)

対応番号	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
1	算定・ 重複	501001	0000000001	H20年8月	17
		保険者01	カイゴタロウ		福祉用具貸与

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

サービス実日数	22 日	外泊
入所実日数		

サービス実日数 (= 実際に福祉用具を貸与した日数) を記入してください

福祉用具を貸与した時間帯に をつけてください

「介護給付費縦覧審査確認表」の「確認対象情報」欄の内容を記入してください

サービス提供日 / 入所日確認表

「サービス提供日 / 入所日確認表」
(短期入所サービスの記入例)

対応番号	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
1	算定・ 重複	501001	0000000001	H20年8月	21
		保険者01	カイゴタロウ		短期入所生活介護

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

サービス実日数	18 日	外泊日数	日
入所実日数			

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

「介護給付費縦覧審査確認表」の「確認対象情報」欄の内容を記入してください

サービス提供日 / 入所日確認表

「サービス提供日 / 入所日確認表」
(施設サービスの記入例)

対応番号	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
1	算定・ 重複	501001	0000000001	H20年8月	51
		保険者01	カイゴタロウ		介護福祉施設

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

サービス実日数	15 日	外泊日数	3 日
入所実日数			

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

(このページは空白です)

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 重複（縦覧区分 * 02）
 「縦覧点検出力事由」欄
 居宅療養管理指導の合計回数が制限回数を超えています（複数事業所での日数超過）

事業所番号	501000001
事業所名	医療機関 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」「しない」のいずれかに付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	重複	501001 保険者 0 1	000000001 加古 知	H20.8	31 1111 居宅療養管理指導	2	居宅療養管理指導の合計回数が制限回数を超えています（複数事業所での日数超過）	H20.8	***** *****	***** *****	31 1111 居宅療養管理指導	2	
	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 請求誤りのため過誤					
	確認の観点	いずれの請求が誤りか						(確認調整結果記入欄) 過誤 する ・ しない					

又は

(確認調整結果記入欄) 算定日 8月1日、10日	過誤 する ・ しない
------------------------------------	----------------------

居宅療養管理指導の算定日を記入してください。

重複請求縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	501000001	事業所状態	
事業所名	医療機関 0 1		

平成 20 年 8 月 提供分

確認表 対応番号	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 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	支援事業所 番号	支援事業所名称	様式 番号	開始年月日 入所年月日 3	退所年月日 3	実日数 1 3	支給可能 日数 2 3	現物/ 償還	サービス	サービス名称	単位数 4	日数/ 回数 4	サービス 単位数	備考
1	501001	保険者 0 1	000000001	加古 知	H20.8	H20.9	501000001	医療機関 0 1				2					現物	31-1111	居宅療養管理指導	500	2	1,000	
	501001	保険者 0 1	000000001	加古 知	H20.8	H20.9	*****	*****				2					現物	31-1111	居宅療養管理指導	500	2	1,000	

内容.....居宅療養管理指導の合計回数が制限回数を超えています(複数事業所での日数超過)

報酬算定上の制限

- ・居宅療養管理指導の制限回数は以下のとおりです。

行う者	制限回数
医師	月 2 回
歯科医師	月 2 回
医療機関の薬剤師	月 2 回 (末期の悪性腫瘍の者のみ月 8 回)
薬局の薬剤師	月 4 回 (末期の悪性腫瘍の者のみ月 8 回)
管理栄養士	月 2 回
歯科衛生士等	月 4 回

原因..... 1 人の利用者の居宅療養管理指導の請求が制限回数を超える場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
他の事業所の請求の回数も合算されます。
(「関連情報」欄には合算されている請求が表示されます。他の事業所の情報はアスタリスク(*)で表示されます。)

対応.....自分の事業所のサービス提供実績を確認し、請求内容の誤りがないか確認してください。
確認した結果、自分の事業所の請求誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。
確認した結果、自分の事業所の請求誤りでない場合は、他の事業所の請求との確認が必要になりますので、「確認調整結果記入欄」に居宅療養管理指導の算定日を記入し、「過誤しない」に をつけて返送してください。(国保連合会にて他の事業所の請求内容を確認した結果、過誤になる場合があります。)

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

事業所番号	506000001
事業所名	訪問看護ステーション01

平成 21 年 9 月縦覧審査分

「対象帳票」欄 = 重複（縦覧区分 * 03）
 「縦覧点検出力事由」欄
 1 事業所のみ算定可能な緊急時訪問看護加算（特別管理加算 / ターミナルケア加算）が複数事業所から請求されています

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」「しない」のいずれかに付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	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 回数	日数/ 回数
1	重複	501001 保険者01	000000001 加古 知	H20.8	13 3100	1	1 事業所のみ算定可能な緊急時訪問看護加算が複数事業所から請求されています	H20.8	***** *****	***** *****	13 3200	1
	（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。 <b style="color: red;">請求誤りのため過誤							過誤 <div style="text-align: center; border: 1px solid red; padding: 2px;"> する ・ しない </div>				
	確認の観点	いずれの請求が誤りか										

又は

（確認調整結果記入欄） <b style="color: red;">算定日 8月10日	過誤 <div style="text-align: center; border: 1px solid red; padding: 2px;"> する ・ しない </div>
---	--

加算の算定日を記入してください。

重複請求縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	506000001	事業所状態	
事業所名	訪問看護ステーション01		

平成 20 年 8 月 提供分

確認表 対応番号	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 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	支援事業所 番号	支援事業所名称	様式 番号	開始年月日 入所年月日 3	退所年月日 3	実日数 1 3	支給可能 日数 2 3	現物/ 償還	サービス	サービス名称	単位数 4	日数/ 回数 4	サービス 単位数	備考
1	501001	保険者01	000000001	加古 知	H20.8	H20.9	506000001	訪問看護ステーション01		507000002	支援事業所02	2					現物	13-3100	緊急時訪問看護加算1	540	1	540	
	501001	保険者01	000000001	加古 知	H20.8	H20.9	*****	*****		507000002	支援事業所02	2					現物	13-3200	緊急時訪問看護加算2	290	1	290	

内容.....1事業所のみ算定可能な緊急時訪問看護加算(特別管理加算/ターミナルケア加算)が複数事業所から請求されています

報酬算定上の制限

.....以下のサービスは、1人の利用者に対して1つの事業所のみ算定できるサービスです。

サービス種類	加算名
訪問看護	緊急時訪問看護加算
予防訪問看護	特別管理加算
	ターミナルケア加算

原因.....1人の利用者に対して2つ以上の事業所が請求している場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
(「関連情報」欄には他の事業所の情報がアスタリスク(*)で表示されます。)

対応.....自分の事業所のサービス提供実績を確認し、請求内容の誤りがないか確認してください。

確認した結果、自分の事業所の請求誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて国保連合会へ返送してください。

確認した結果、自分の事業所の請求誤りでない場合は、他の事業所の請求との確認が必要になりますので、「確認調整結果記入欄」に加算の算定日を記入し、「過誤しない」に をつけて返送してください。(国保連合会にて他の事業所の請求内容を確認した結果、過誤になる場合があります。)

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

事業所番号	5070000001
事業所名	特定施設 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

「対象帳票」欄 = 重複（縦覧区分 * 04）
 「縦覧点検出力事由」欄
 外部利用型サービスの合計が外部サービス利用
 型上限単位数を超えています（複数事業所）

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに を付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

県国民健康保険団体連合会

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	重複	501001 保険者 0 1	0000000001 加古 知	H20.8	33 1612 外部訪問リ ハ 2	20	外部利用型サービスの合計が 外部サービス利用型上限単 位数を超えています	H20.8	***** *****	***** *****	33 1612 外部訪問リ ハ 2	20	
	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	いずれの請求が誤りか						請求誤りのため過誤	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> する ・ しない </div>				

又は

(確認調整結果記入欄)	過誤
請求誤りなし	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> する ・ しない </div>

自分の事業所の請求誤りの有無を
記入してください。

重複請求縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	特定施設 0 1		

平成 20 年 8 月 提供分

確認表 対応番号	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 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	支援事業所 番号	支援事業所名称	様式 番号	開始年月日 入所年月日 3	退所年月日 3	実日数 1 3	支給可能 日数 2 3	現物/ 備達	サービス	サービス名称	単位数 4	日数/ 回数 4	サービス 単位数	備考
1	501001	保険者 0 1	0000000001	加古 知	H20.8	H20.9	5070000001	特定施設 0 1				6-3	H18.5.10				現物	33-1612	外部訪問リハ 2	450	20	9,000	上限超(16689)
	501001	保険者 0 1	0000000001	加古 知	H20.8	H20.9	*****	*****				6-3	H18.5.21				現物	33-1612	外部訪問リハ 2	450	20	9,000	上限超(16689)

内容.....外部利用型サービスの合計が外部サービス利用型上限単位数を超えています(複数事業所)

報酬算定上の制限

.....特定施設入居者生活介護の外部サービス利用型の1人あたりの1ヶ月の上限単位数は以下のとおりです。

要介護状態区分	外部サービス利用型上限単位数
要支援1	4,970単位
要支援2	10,400単位
経過的要介護 (H21年3月サービス以前)	6,505単位
要介護1	16,689単位
要介護2	18,726単位
要介護3	20,763単位
要介護4	22,800単位
要介護5	24,867単位

原因.....1人の利用者の外部利用型サービスの合計が上限単位数を超える場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
他の事業所が請求した単位数も合算されます。
(「関連情報」欄には合算されている請求が表示されます。他の事業所の情報はアスタリスク(*)で表示されます。
請求明細書に記入されている単位数は「重複請求縦覧チェック一覧表」に表示されます。)

対応.....自分の事業所のサービス提供実績を確認し、請求内容の誤りがないか確認してください。
確認した結果、自分の事業所の請求誤りであった場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。
確認した結果、自分の事業所の請求誤りでない場合は、他の事業所の請求との確認が必要になりますので、「過誤しない」に をつけて返送してください。(国保連合会にて他の事業所の請求内容を確認した結果、過誤になる場合があります。)

介護給付費縦覧審査確認表（支援事業所）

「対象帳票」欄 = 居宅支援
 「縦覧点検出力事由」欄
 サービス計画費の請求はあるが、給付実績はありません（支援事業所向け）

事業所番号	507000001
事業所名	支援事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに を付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	事業所番号	電話番号	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	居宅 支援	501001 保険者 0 1	000000001 加戸 知	H20.8	507000001 支援事業所 0 1	99-9999-9999	43	2111		サービス計画費の請 求はあるが、給付実 績はありません	H20.8	507000002 サービス事業所 0 2	22-2222-2222	11	訪問介護	無
	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。										H20.8	507000002 サービス事業所 0 2	22-2222-2222	12	訪問入浴	無
	確認の 観点	利用実績があるか、月遅れ請求ではないか									過誤 する ・ しない					

又は

事業所番号	電話番号	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
507000001 支援事業所 0 1	99-9999-9999	43	2111		サービス計画費の請 求はあるが、給付実 績はありません	H20.8	507000002 サービス事業所 0 2	22-2222-2222	11	訪問介護	無
(確認調整結果記入欄)					過誤	H20.8	507000002 サービス事業所 0 2	22-2222-2222	12	訪問入浴	有
サービス提供実績 有り					する ・ しない						

サービス提供実績の有無を
記入してください。

居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表(事業所)

事業所番号 | 507000001 | 事業所状態 |

平成 20年 8月 提供分

NN99年99月99日

事業所名称 | 支援事業所 0 1 |

県国民健康保険団体連合会

サービス計画費情報										給付管理票情報			給付実績情報				
保険者番号	保険者名称	証記載 保険者番号	被保険者 番号	被保険者名	審査年月	現物/ 償還	サービス コード	サービス名称	サービス 種類 コード	サービス 事業所番号	サービス事業所名称	計画 単位数	サービス 種類 コード	サービス 事業所番号	サービス事業所名称	現物/ 償還	給付 単位数
501001	保険者 0 1	501001	0000000001	加古 知7	H20.08	現物	432111	居宅支援 1	11	5070000002	サービス事業所 0 2	2,000					
501001	保険者 0 1	501001	0000000001	加古 知7	H20.08	現物	432111	居宅支援 1	12	5070000002	サービス事業所 0 2	2,000					

内容.....サービス計画費の請求はあるが、給付実績はありません

報酬算定上の制限

.....サービス利用票の作成が行われなかった月及びサービス利用票を作成した月においても利用実績のない月については、給付管理票を作成できないため、サービス計画費は請求できません。

原因.....サービス計画費の請求はあるが、給付管理票に記載されたサービスの給付実績が1件もない場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。「関連情報」欄には給付管理票に記載されているサービスが表示されます。

対応.....「関連情報」欄に表示されているサービスの提供状況について確認し、「関連情報」の「日数/回数」欄に、それぞれのサービス提供の有無を「有」又は「無」と記入してください。

確認した結果、関連情報欄の全てのサービスが「無」の場合は、「過誤する」に をつけて返送してください。

確認した結果、「有」のサービスがある場合は、「過誤しない」に をつけて返送してください。(国保連合会にてサービス事業所からの回答内容を確認した結果、過誤になる場合があります。)

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄 = 居宅支援
 「縦覧点検出力事由」欄
 サービス計画費の請求はあるが、給付実績はありません（サービス事業所向け）

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 0 1

平成 21 年 9 月縦覧審査分

県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査処理を行った結果、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、対象帳票が「算定」「重複」の場合は、過誤を「する」「しない」のいずれかに を付けて平成 年 月 日までにご返送ください。

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	居宅 支援	501001 保険者 0 1	0000000001 加コ 夕ウ	H20.8	11 訪問介護	無	サービス計画費の請求はあるが、給付実績はありません	H20.8	5070000001 支援事業所 0 1	99-9999-9999	43 2111 居宅支援	20	
	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) 該当利用者無し	過誤				
	確認の 観点	いずれの請求が誤りか						(確認調整結果記入欄) 請求もれ	する ・ しない				

又は

サービス	日数/ 回数	縦覧点検出力事由
11 訪問介護	有	サービス計画費の請求はあるが、給付実績はありません
(確認調整結果記入欄) 請求もれ		過誤
		する ・ しない

サービス提供実績の有無を記入してください。

確認した状況を記入してください。

過誤「する・しない」に をつける必要はありません

居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表(請求事業所)

事業所番号 5070000002 事業所状態

N N 99年99月99日

平成 20年 8月 提供分

事業所名称 サービス事業所 0 2

県国民健康保険団体連合会

確認表 対応 番号	給付管理票情報									サービス計画費情報					
	サービス 事業所番号	サービス事業所名称	保険者番号	保険者名称	証記載 保険者番号	被保険者 番号	被保険者名	サービス 種類 コード	計画 単位数	支援 事業所番号	支援事業所名称	審査年月	現物/ 償還	サービス コード	サービス名称
1	5070000002	サービス事業所 0 2	501001	保険者 0 1	501001	0000000001	加古 知妙	11	2,000	5070100001	支援事業所 0 1	H20.08	現物	432111	居宅支援 1

内容.....サービス計画費の請求はあるが、給付実績はありません

報酬算定上の制限

.....サービス利用票の作成が行われなかった月及びサービス利用票を作成した月においても利用実績のない月については、居宅支援事業所は給付管理票を作成できないため、サービス計画費は請求できません。

原因.....サービス計画費の請求はあるが、給付管理票に記載されたサービスの給付実績が1件もない場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。「関連情報」欄には居宅支援事業所のサービス計画費の請求が表示されます。

対応.....「確認対象情報」欄に表示されているサービスの提供状況について確認し、「日数/回数」欄にサービス提供の有無を記入してください。
確認した結果、サービスの請求もれの場合は、該当のサービスを請求してください。
過誤「する・しない」に をつける必要はありません。