

介護給付費縦覧審査確認表記入例

愛媛県国民健康保険団体連合会

<目次>

1. 介護給付費縦覧審査とは	2
2. 介護給付費縦覧審査の流れ	2
3. 介護給付費縦覧審査確認表（サンプル）	3
4. 事業所向け縦覧帳票の例	4
5. サービス提供日／入所日確認表	7
6. 介護給付費縦覧審査確認表の対応について	10

1. 介護給付費縦覧審査とは

国保連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て審査を行うものです。国保連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国保連から以下の帳票が送付されます。

- ・ 介護給付費縦覧審査確認表
- ・ 事業所向け縦覧帳票 ・ ・ 「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「6. 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」を提出期限までに愛媛県国保連合会宛に**郵送**で返送してください。

※添付資料が必要になる場合は一緒に送付してください。

④事業所は、必要に応じて、過誤された請求を正しい内容に修正して再請求してください。

3. 介護給付費縦覧審査確認表（サンプル）

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

事業所番号	
事業所名	
事業所担当者氏名	
連絡先電話番号	

平成〇年〇月縦覧審査分

平成〇年〇月〇日

〇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」のいずれかに〇を付けて平成〇年〇月〇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 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 回数	
	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						する ・ しない						
	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						する ・ しない						
	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						する ・ しない						
	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						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					

(このページは空白です)

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 〇 1
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

平成 22 年 9 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入してください。

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○を付けて平成〇年〇月〇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 〇 1	0000000001 かゝ 〇 〇 〇	H21.8	17 8001 車いす貸与 特加算	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	H21.7	5070000001 サービス事業所 〇 1	99-9999-9999	17 8001 車いす貸与 特加算	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) 請求誤りのため過誤	過誤 する ・ 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											

又は

(確認調整結果記入欄) 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	過誤 する ・ しない
---	--------------------------

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 〇 1		

平成 21 年 8 月 提供分

平成〇年〇月〇日
□□県国民健康保険団体連合会

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(借) 年月日※1	退所(借) 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	国民健康保険			後期高齢者 被保険者番号 ※4	後期高齢者 被保険者 番号※4	認定有効期間 (開始年月日)	備考	
																					保険者番号	被保険者証 番号	個人番号					
	501001	保険者 〇 1	0000000001	かゝ 〇 〇 〇	22	H21.7	H21.8	5070000001	サービス事業所 〇 1		2	H21.7.1		現物	*01	17-8001	車いす貸与特加算	1	100									
1	501001	保険者 〇 1	0000000001	かゝ 〇 〇 〇	22	H21.8	H21.9	5070000001	サービス事業所 〇 1		2	H21.8.1		現物	*01	17-8001	車いす貸与特加算	1	100									

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

対象サービス

- ・ ・福祉用具貸与・予防福祉用具貸与（特地加算、小規模加算、中山間加算）

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す。）

対応・ ・①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。
②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○をつけて国保連へ返送してください。

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 01
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

平成 22 年 9 月 縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入してください。

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 01	0000000001 カゴタロウ	H21.8	51 福祉施設 初期加算	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	H21.7	5070000001	99-9999-9999	51 福祉施設 初期加算	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。							(確認調整結果記入欄)	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Ⅲ以上か						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。

又は

(確認調整結果記入欄)	過誤
認知症高齢者自立度 Ⅳ	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	507000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所 〇 1		

平成 21年 8月 提供分

平成〇年〇月〇日
 国民健康保険団体連合会

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		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	明 細 / 特 定 情 報			国民健康保険			後期高齢者 被保険者 番号※4	後期高齢者 被保険者 番号※4	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										日数 回数	単位数	摘要欄	保険者番号	被保険者証 番号	個人番号				
	501001	保険者 〇 1	0000000001	かいご 太郎	21	H21.7	H21.8	5070000001	サービス事業所 〇 1		8	H21.7.20		現物	*02	51-6400	福祉施設初期加算	10	30				50100001	00000001		
1	501001	保険者 〇 1	0000000001	かいご 太郎	21	H21.8	H21.9	5070000001	サービス事業所 〇 1		8	H21.7.20		現物	*02	51-6400	福祉施設初期加算	21	30				50100001	00000001		

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

対象サービス・初期加算

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Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ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・
- ① 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」に〇をつけて返送してください。
 - ② 認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上か確認してください。確認した結果、Ⅲ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」に〇をつけて返送してください。
 - ③ 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」に〇をつけて国保連へ返送してください。

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
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

平成 22 年 9 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入してください。

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 太郎	H21. 8	21 併設短期生活 I 1・夜減	2113	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）	H21. 7	***** *****	***** *****	21 併設短期生活 I 1・夜減	2113	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） 請求誤りのため過誤		過誤 する ・ しない				
	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） <u>この欄への記入は不要です。</u>	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 21 年 8 月 提供分

平成○年○月○日
□□県国民健康保険団体連合会

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	種別番号	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	明細/特定情報				国民健康保険			後期高齢者保険者番号※4	後期高齢者被保険者番号※4	認定有効期間(開始年月日)	備考
																	サービス名称	日数/回数	単位数	摘要欄	保険者番号	被保険者証番号	個人番号				
	501001	保険者 0 1	0000000001	かこ 太郎	21	H21. 7	H21. 8	*****	*****		3	H21. 7. 10		現物	*05	21-2113	併設短期生活 I 1・夜減	21	602								
1	501001	保険者 0 1	0000000001	かこ 太郎	21	H21. 8	H21. 9	5070000001	サービス事業所 0 1		3	H21. 7. 21	H21. 8. 19	現物	*05	21-2113	併設短期生活 I 1・夜減	19	602								

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○をつけて国保連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、「サービス提供日／入所日確認表」を添付して、「過誤しない」に○をつけて国保連へ返送してください。（国保連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8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 <u>月の最初の日</u> 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 <u>月末に一番近い退所日</u> 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 保険者01	0000000001 カイゴタロウ	H20年8月	21 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	○	○	○	○	○	○	○	○	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

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	507000001
事業所名	サービス事業所01
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

確認表記入者の氏名と電話番号を
 記入してください。

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01	000000001 かこ'ﾀ'ㇿ	H21.8	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						
		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 入所年月日記載誤りのため過誤					
	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)	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	サービス事業所01		

平成 21年 8月 提供分

平成○年○月○日
 □□県国民健康保険団体連合会

基本情報										明細/特定情報										国民健康保険			後期高齢者		備考		
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(退) 年月日※1	退所(退) 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	保険者番号	被保険者 番号	個人番号	後期高齢者 被保険者 番号※4	後期高齢者 被保険者 番号※4	認定有効期間 (前記年月日)	備考
1	501001	保険者01	000000001	かこ'ﾀ'ㇿ	22	H21.8	H21.9	507000001	サービス事業所01		9	H21.8.1	H21.8.20	現物	*08	53-2852	療養型退院時指導加算	1	400					5010001	0000001		

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

対象サービス

- ・・介護療養施設（退院時加算、退院前連携加算）

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・・①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。

②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○をつけて国保連へ返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

平成 22 年 9 月縦覧審査分

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分＊09）
 「縦覧点検出力事由」欄
 都道府県から訪問介護サービス提供責任者数の届出がありません

事業所番号	507000001
事業所名	サービス事業所 〇 1
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

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○を付けて平成〇年〇月〇日までにご返送ください。

〇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		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	算定	501001 保険者 〇 1	000000001 かこ 太郎	H21.8	11	4001	1	都道府県から訪問介護サービス提供責任者数の届出がありません						
	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	請求事業所のサービス提供責任者数の状況を確認							請求誤りのため過誤	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">する</div> ・ しない				

又は

(確認調整結果記入欄)	過誤
サービス提供責任者 介護花子 訪問日 〇月〇日	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">する</div> ・ <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">しない</div>

サービス提供責任者の訪問日（同行日）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 〇 1		

平成 21 年 8 月 提供分

平成〇年〇月〇日
 〇県国民健康保険団体連合会

基本情報										明細 / 特定情報										国民健康保険			後期高齢者	後期高齢者	認定有効期間	備考		
確認表 対比番号	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	種別 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/ 回数	単位数	摘要欄	保険者番号	被保険者証 番号	個人番号	後期高齢者 保険者番号 ※4	後期高齢者 被保険者 番号※4	認定有効期間 (開始年月日)		
1	501001	保険者 〇 1	000000001	かこ 太郎	21	H21.8	H21.9	507000001	サービス事業所 〇 1		2			現物	*09	11-4001	訪問介護初回加算	1	200					50100001	00000001			サービス提供責任者なし

内容・・都道府県から訪問介護サービス提供責任者数の届出がありません

対象サービス・・

サービスコード		サービス略称
1 1	4 0 0 1	訪問介護初回加算
6 1	4 0 0 1	予防訪問介護初回加算

報酬算定上の制限

- ・・サービス提供責任者が、初回訪問時もしくは初回訪問日の属する月に、訪問又は同行した場合に、算定可能な加算です。

原因・・都道府県が国保連に登録している「事業所台帳」の訪問介護サービス提供責任者数が0人又は未登録である場合に出力されます。
(「算定期間回数制限縦覧チェック一覧表」の備考欄に「サービス提供責任者なし」と表示されます。)

- 対応・・①サービス提供責任者が訪問又は同行していることを確認してください。確認した結果、サービス提供責任者が訪問又は同行していることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」にサービス提供責任者の訪問日又は同行日を記入して、「過誤しない」に○をつけて返送してください。
- ②①に該当する場合は、事業所が都道府県へ申請した際のサービス提供責任者数の記入誤り、又は、都道府県が国保連へ事業所を登録する際の誤り・登録忘れ等の可能性がありますので、サービス提供責任者が正しく登録されているか都道府県へ照会してください。
- ③確認した結果、請求内容の誤りであった場合は、「過誤する」に○をつけて国保連へ返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

平成 22 年 9 月縦覧審査分

事業所番号	5060000001
事業所名	訪問看護ステーション01
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

確認表記入者の氏名と電話番号を記入してください。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分＊14）
 「縦覧点検出力事由」欄
 認定有効期間開始年月日又は居宅サービス計画
 費作成届出年月日から2月超に算定しています

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○を付けて平成〇年〇月〇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01	0000000001 かこ太郎	H21.8	31	1261	1	認定有効期間開始年月日又は居宅サービス計画費作成届出年月日から2月超に算定しています						
	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	サービス実施日を確認 摘要欄の記載内容を確認						請求誤りのため過誤	する ・ しない					

又は

(確認調整結果記入欄)	過誤
居宅サービス提供開始日 ○月○日 居宅療養管理指導実施日 ○月○日	する ・ しない

居宅サービスの提供を開始した日と居宅療養管理指導実施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）

平成 21 年 8 月 提供分

事業所番号	5060000001	事業所状態	
事業所名	訪問看護ステーション01		

平成〇年〇月〇日
□□県国民健康保険団体連合会

確認表 対号番号	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	種別 番号	入所(節) 年月日※1	退所(節) 年月日※2	現物 償還	縦覧 区分	サービス 又は識別番号※3	明細/特定情報			国民健康保険			後期高齢者 保険者番号 ※4	後期高齢者 被保険者 番号※4	認定有効期間 (開始年月日)	備考	
																	サービス名称	日数 回数	単位数	換算額	保険者番号	被保険者 番号					個人番号
1	501001	保険者01	0000000001	かこ太郎	21	H21.8	H21.9	5060000001	訪問看護ステーション01		2			現物	*14	31-1261	看護職員居宅療養	1	400	1						H21.4.1	居宅サービス計画 作成依頼届出

内容・ ・認定有効期間開始年月日又は居宅サービス計画費作成届出年月日から2月超に算定しています

対象サービス

- ・ ・居宅療養管理指導（看護職員等）、予防居宅療養管理指導（看護職員等）

報酬算定上の制限

- ・ ・居宅サービスの提供を開始してから2月の間に1回を限度として、算定できるサービスです。

原因・ ・認定有効期間開始年月日又は居宅サービス計画費作成届出年月日から起算して2月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。

（居宅サービス計画費作成届出年月日から起算して2月を超えている場合には、算定期間回数制限縦覧チェック一覧表の「認定有効期間（開始年月日）」欄に「居宅サービス計画費作成届出年月日」が表示されます。備考欄には「居宅サービス計画作成依頼届出」と表示されます。）

対応・ ・①居宅サービスの提供を開始した日と居宅療養管理指導実施日を確認してください。確認した結果、居宅サービスの提供を開始した日から2月以内に請求していることが判明した場合は、確認調整結果記入欄に、理由を記入し、過誤しない」に○をつけて返送してください。
②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○をつけて国保連へ返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

平成 22 年 9 月縦覧審査分

事業所番号	5070000001
事業所名	支援事業所 〇 1
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

確認表記入者の氏名と電話番号を記入してください。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分＊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

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○を付けて平成〇年〇月〇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 〇 1	0000000001 カゴ`タウ	H21.8	43 6127 居宅支援退 院退所加算 II	1	介護保険施設を退所した実績 がありません	H21.7	***** *****	***** *****	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	退所しているか、病院又は診療所への入院があるか						する ・ しない					

又は

(確認調整結果記入欄) 国保施設 〇月〇日～〇月〇日 40日間	過誤 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) 国保病院 〇月〇日～〇月〇日 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	S07000001	事業所状態	
事業所名	支援事業所〇1		

平成 21年 8月 提供分

平成〇年〇月〇日
 県国民健康保険団体連合会

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		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	国民健康保険			後期高齢者 被保険者番号 ※4	後期高齢者 被保険者 番号※4	認定有無(期間 開始年月日)	備考
					要介護 状態区分	サービス 提供年月														保険者番号	被保険者証 番号	個人番号				
	501001	保険者〇1	0000000001	かこ 知ゆ	22	H21.7	H21.8	*****	*****	10	H21.7.1		現物	*16	53	介護医療施設							50100001	00000001		
1	501001	保険者〇1	0000000001	かこ 知ゆ	22	H21.8	H21.9	5070000001	支援事業所〇1	7			現物	*16	43-6127	居宅支援退院退所加算II	1	600					50100001	00000001		

内容・・介護保険施設を退所した実績がありません

対象サービス・・

サービスコード	サービス略称	利用条件（入所（院）期間）
4 3 6 1 2 6	居宅支援退院退所加算 I	入所（院）期間が 3 0 日以下
4 3 6 1 2 7	居宅支援退院退所加算 II	入所（院）期間が 3 0 日超

報酬算定上の制限

- ・・施設・医療機関からの退所（院）にあたって、施設・医療機関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、居宅介護支援初回加算や介護老人福祉施設の在宅入所相互利用加算を算定している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・・①介護保険施設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。
- ②医療機関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。
- ③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○をつけて国保連へ返送してください。

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*16）
 「縦覧点検出力事由」欄
 初回加算を同時に算定しています

事業所番号	507000001
事業所名	支援事業所01
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

平成 22 年 9 月 縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入してください。

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01	000000001 かこ'ﾀｯ	H21.8	43 6126 居宅支援退 院退所加算 I	1	初回加算を同時に算定しています	H21.8	507000001 支援事業所01	99-9999-9999	43 4001 居宅支援初 回加算	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) 請求誤りのため過誤	過誤 する ・ しない				
	確認の観点	要介護状態区分が2区分以上変更された場合か						又は (確認調整結果記入欄) 要介護状態変更日 ○月○日 国保病院 ○月○日～○月○日 20日間					

要介護状態区分の変更日、
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01		

平成 21 年 8 月 提供分

平成○年○月○日
□□県国民健康保険団体連合会

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	明細 / 特定情報				国民健康保険		後期高齢者 保険者番号 ※4	後期高齢者 被保険者 番号※4	認定有効期間 (開始年月日)	備考
																	サービス名称	日数 回数	単位数	摘要欄	保険者番号	個人番号				
	501001	保険者01	000000001	かこ'ﾀｯ	23	H21.8	H21.9	507000001	支援事業所01		7			現物	*16	43-4001	居宅支援初回加算	1	300				50100001	00000001		
1	501001	保険者01	000000001	かこ'ﾀｯ	23	H21.8	H21.9	507000001	支援事業所01		7			現物	*16	43-6126	居宅支援退院退所加算I	1	400				50100001	00000001		

内容・・初回加算を同時に算定しています

対象サービス・・

サービスコード		サービス略称	利用条件（入所（院）期間）
43	6126	居宅支援退院退所加算Ⅰ	入所（院）期間が30日以下
43	6127	居宅支援退院退所加算Ⅱ	入所（院）期間が30日超

報酬算定上の制限

- ・施設・医療機関からの退所（院）にあたって、施設・医療機関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、居宅介護支援初回加算や介護老人福祉施設の在宅入所相互利用加算を算定している場合は算定できません。

原因・・居宅支援退院退所加算と居宅支援初回加算を同じサービス提供年月に算定している場合に出力されます。

（「関連情報」欄には居宅支援初回加算の実績が表示されます。）

対応・・①要介護状態区分が2区分以上変更された場合か確認してください。確認した結果、以下のaとbの両方を実施していることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に要介護状態区分の変更日、医療機関名・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。

a. 要介護状態区分が2区分以上変更され、居宅サービス計画を作成した。

b. 施設・医療機関からの退所（院）にあたって、施設・医療機関と連携して居宅サービス計画を作成した。

（aとbの両方を実施している例）

8月10日 介護保険施設を退所。施設と連携して居宅サービス計画を作成。

8月20日 要介護状態区分が要介護1→要介護3へ変更。変更後に居宅サービス計画を再作成。

②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○をつけて国保連へ返送してください。

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＊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

事業所番号	507000001
事業所名	サービス事業所 〇 1
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

平成 22 年 9 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入してください。

下記は真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○を付けて平成〇年〇月〇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 〇 1	000000001 かゝ 太郎	H21.8	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	H21.7	507000001 サービス事業所 〇 1	99-9999-9999	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。						過誤 する ・ しない					
	確認の 観点	認知症高齢者自立度ランクがⅢ、Ⅳ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	507000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所 〇 1		

平成 21 年 8 月 提供分

平成〇年〇月〇日
□□県国民健康保険団体連合会

基 本 情 報										明 細 / 特 定 情 報										国民健康保険			後期高齢者		後期高齢者		認定有外期間	備考
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(居) 年月日※1	退所(離) 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	保険者番号	被保険者証 番号	個人番号	後期高齢者 被保険者番号 ※4	後期高齢者 被保険者番号 ※4	認定有外期間 (開始年月日)		
	501001	保険者 〇 1	000000001	かゝ 太郎	22	H21.7	H21.8	507000001	サービス事業所 〇 1		10	H21.7.1	H21.7.20	現物	*61	53	介護医療施設											
1	501001	保険者 〇 1	000000001	かゝ 太郎	22	H21.8	H21.9	507000001	サービス事業所 〇 1		10	H21.8.1		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Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ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・・①認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上か確認してください。確認した結果、Ⅲ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。
- ②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○をつけて国保連へ返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

平成 21 年 9 月縦覧審査分

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 0 1
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

確認表記入者の氏名と電話番号を記入してください。

「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

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 太郎	H21.8	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	H21.7	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 請求誤りのため過誤					
	確認の観点	再入所、又は、再認定された場合か						する ・ しない					

又は

(確認調整結果記入欄) 再入所日 ○月○日 加算の算定日 16日	過誤 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。

又は

(確認調整結果記入欄) 再認定日 ○月○日 加算の算定日 16日	過誤 する ・ しない
--	----------------------

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 21 年 8 月 提供分

平成〇年〇月〇日
 □県国民健康保険団体連合会

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	国民健康保険			後期高齢者 保険者番号 ※4	後期高齢者 被保険者 番号※4	認定有効期間 開始年月日	備考	
	501001	保険者 0 1	000000001	かゝ 知ゆ	23	H21.7	H21.8	507000001	サービス事業所 0 1		5	H21.7.25		現物	*62	@20	理学療法リハビリ計画加算	1	480								H20.1.1	
1	501001	保険者 0 1	000000001	かゝ 知ゆ	23	H21.8	H21.9	507000001	サービス事業所 0 1		5	H21.7.25		現物	*62	@20	理学療法リハビリ計画加算	1	480								H20.1.1	

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・ ・①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。
- ②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。
- ③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○をつけて国保連へ返送してください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

平成 21 年 9 月縦覧審査分

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 0 1
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

確認表記入者の氏名と電話番号を記入してください。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分 * 62）
 「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が3ヶ月目）

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場合、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	0000000001	H20.8	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	H20.8	*****	*****	52	介護保健施設	25				
		保険者 0 1	カゴタウ		訪問リハビリ				*****	*****	52						
	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							
	いずれの請求が誤りか							請求誤りのため過誤					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) <u>この欄への記入は不要です</u>	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）

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※ 2	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01	0000000001	イイイイイ	H20.8	H20.9	5070000001	サービス事業所01		5070000002	支援事業所02	2			8	32	現物	14	訪問リハビリ			4,000	
	501001	保険者01	0000000001	イイイイイ	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・・①「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○をつけて国保連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、「サービス提供日／入所日確認表」を添付して、「過誤しない」に○をつけて国保連へ返送してください。（国保連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。）

②「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○をつけて国保連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「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○をつけて国保連へ返送してください。（国保連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8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 保険者01	0000000001 カイゴタロウ	H20年8月	14 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 保険者01	0000000001 カイゴタロウ	H20年8月	17 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
入所実日数	

外泊
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 保険者01	0000000001 カイゴタロウ	H20年8月	21 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 保険者01	0000000001 カイゴタロウ	H20年8月	51 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）

平成 21 年 9 月縦覧審査分

事業所番号	501000001
事業所名	医療機関 〇 1
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

確認表記入者の氏名と電話番号を記入してください。

「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）

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○を付けて平成〇年〇月〇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 〇 1	000000001 かこ太郎	H20. 8	31	1111	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	2
	（確認調整結果記入欄） 請求誤りのため過誤							過誤						
	確認の観点	いずれの請求が誤りか			<input checked="" type="radio"/> する <input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> する <input checked="" type="radio"/> 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 〇 1																					
平成 20 年 8 月 提供分																							
平成 〇 年 〇 月 〇 日																							
□□県国民健康保険団体連合会																							
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 〇 1	000000001	かこ太郎	H20. 8	H20. 9	501000001	医療機関 〇 1				2					現物	31-1111	居宅療養管理指導 I	500	2	1,000	
	501001	保険者 〇 1	000000001	かこ太郎	H20. 8	H20. 9	*****	*****				2					現物	31-1111	居宅療養管理指導 I	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	月 4 回
看護職員	月 1 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○をつけて国保連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）

事業所番号	507000001
事業所名	支援事業所 〇 1
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

平成 21 年 9 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を記入してください。

「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、給付実績がありません（支援事業所向け）

□□県国民健康保険団体連合会

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、請求内容に異議がある場合、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 〇 1	000000001 かこ 太郎	H20. 8	507000001 支援事業所 〇 1	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	507000002 サービス事業所 〇 2	22-2222-2222	11	訪問介護	無	
	（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	H20. 8	507000002 サービス事業所 〇 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									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 〇 1	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	507000002 サービス事業所 〇 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 〇 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)

支援事業所番号 5070000001

支援事業所名 支援事業所01

平成 20年 8月 提供分

N N 99年99月99日

〇〇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	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01	501001	0000000001	たご 知子	H20.08	現物	43-2111	居宅支援11	11	5070000002	サービス事業所02	2.000					
501001	保険者01	501001	0000000001	たご 知子	H20.08	現物	43-2111	居宅支援11	12	5070000002	サービス事業所02	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○をつけて国保連へ返送してください。

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 01
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

平成 21 年 9 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入してください。

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	居宅支援	501001	0000000001	H20.8	11	無	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	99-9999-9999	43	2111
		保険者 01	カゴタウ		訪問介護				支援事業所 01		居宅支援 I1	
	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) 該当利用者無し						過誤				
	利用実績があるか、月遅れ請求ではないか						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、給付実績がありません
(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 N99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

〇〇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	加コ 知ウ	11	2.000	5070100001	支援事業所 0 1	H20.08	現物	432111	居宅支援 I 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、国保連へ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。