

介護給付費縦覧審査確認表の対応について

令和3年10月

島根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 | 1 |
| 2. 介護給付費縦覧審査の流れ | 2 |
| 3. 帳票レイアウト | 4 |
| ○介護給付費縦覧審査確認表 | 5 |
| ○事業所向け縦覧帳票（参考） | 6 |
| ▪ 算定期間回数制限縦覧チェック一覧表 | 6 |
| ▪ 重複請求縦覧チェック一覧表 | 7 |
| ▪ 単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表 | 8 |
| ○適正化にかかる過誤申立情報一覧表 | 9 |
| ○サービス提供日／入所日確認表 | 10 |
| 4. 介護給付費縦覧審査確認表の対応について | 12 |
| <縦覧点検出力事由の一覧> | 12 |
| 【算定】 | 19 |
| ▪ (算定*01) 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 | 20 |
| ▪ (算定*02) 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 | 22 |
| ▪ (算定*04) 介護保険施設を退所した実績がありません | 26 |
| ▪ (算定*04) 介護保険施設の入所実績がありません | 28 |

| | |
|---|----|
| ・ (算定*04) 施設退所後、既に訪問看護費、予防訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護または 看護小規模多機能型居宅介護を算定しています | 30 |
| ・ (算定*05) 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) | 32 |
| <サービス提供日/入所日確認表の記入例> | 34 |
| ・ (算定*05) 短期生活長期利用者減算の対象となる可能性があります | 35 |
| ・ (算定*08) 試行的退所時指導加算を複数回算定しています | 37 |
| ・ (算定*09) 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 | 39 |
| ・ (算定*10) 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 | 41 |
| ・ (算定*10) 入所日から過去3ヶ月以内に施設に入所しています | 43 |
| ・ (算定*10) 過去3ヶ月以内に認知症短期集中リハ加算を算定しています | 45 |
| ・ (算定*10) 通所リハ生活行為向上リハ加算1が3ヶ月超継続している可能性があります | 47 |
| ・ (算定*10) 通所リハマネジメント加算が6ヶ月超継続している可能性があります | 49 |
| ・ (算定*10) 「生活行為向上リハビリテーション実施加算の実施後に通所リハビリテーションを 継続した場合の減算」の対象となる可能性があります | 51 |
| ・ (算定*10) 通所リハ生活行為向上リハ加算が6ヶ月超継続している可能性があります | 54 |
| ・ (算定*12) 介護保険施設を退所した実績がありません | 56 |
| ・ (算定*12) 介護保険施設の入所実績がありません | 58 |
| ・ (算定*12) 施設入所時に在宅入所相互利用加算を算定しています | 60 |
| ・ (算定*12) 施設退所後既に居宅サービス計画費を算定しています | 62 |
| ・ (算定*20) 入所日から3ヶ月超の場合に請求している可能性があります | 64 |
| ・ (算定*21) 過去2ヶ月以内に生活機能向上連携加算Iを算定しています (通所介護) | 66 |
| ・ (算定*21) 過去2ヶ月以内に生活機能向上連携加算Iを算定しています (短期入所生活介護) | 68 |
| ・ (算定*61) 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 | 70 |
| ・ (算定*62) リハビリ計画加算の合計が制限回数を超えています | 72 |
| ・ (算定*62) 入所日から過去3ヶ月以内に同じ施設に入所しています | 74 |
| ・ (算定*62) 過去3ヶ月以内に認知症短期集中リハ加算を算定しています | 76 |

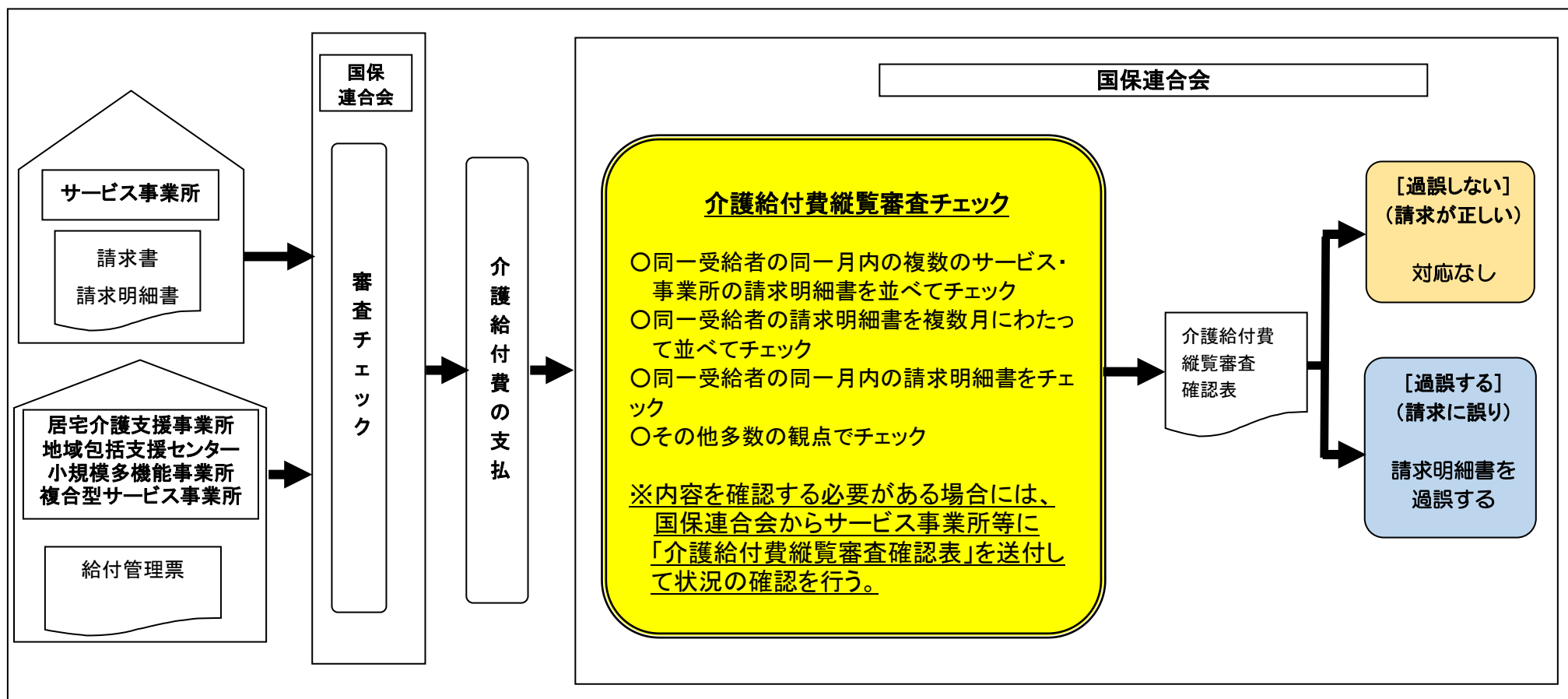
| | |
|--|-------|
| 【重複】 | 7 8 |
| ・ (重複*01) 複数サービスの合計日数が受給可能日数を超えている、又は同時算定不可な サービスが存在します | 7 9 |
| <サービス提供日／入所日確認表の記入例> | 8 1 |
| ※居宅サービスの記入例 | 8 2 |
| ※福祉用具貸与サービスの記入例 | 8 3 |
| ※短期入所サービスの記入例 | 8 4 |
| ※施設サービスの記入例 | 8 5 |
| ・ (重複*02) 居宅療養管理指導の合計回数が制限回数を超えています（複数事業所での日数超過） | 8 6 |
| ・ (重複*03) 1事業所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 | 8 8 |
| ・ (重複*04) 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） | 9 0 |
| 【居宅支援】 | 9 2 |
| ・ (居宅*01) サービス計画費の請求はあるが、介護サービスの給付実績がありません | 9 3 |
| 【単独】 | 9 5 |
| ・ (単独*02) 開始年月日から30日超で請求している可能性があります （開始年月日が未設定の場合） | 9 6 |
| ・ (単独*02) 開始年月日から30日超で請求している可能性があります （開始年月日が未設定以外の場合） | 9 8 |
| ・ (単独*02) 認知症緊急対応加算と緊急短期入所受入加算が同時に算定されています | 1 0 0 |
| ・ (単独*04) 初回加算を同時に算定しています | 1 0 2 |
| ・ (単独*08) 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 | 1 0 4 |
| ・ (単独*08) 特別療養費（医学情報提供）を同時に算定しています | 1 0 6 |
| ・ (単独*08) 特別診療費（医学情報提供（Ⅰ）又は医学情報提供（Ⅱ））を同時に算定しています | 1 0 8 |
| ・ (単独*08) 特定診療費（医学情報提供（Ⅰ）又は医学情報提供（Ⅱ））を同時に算定しています | 1 1 0 |
| ・ (単独*10) 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） | 1 1 2 |

- ・ (単独*10) 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) 1 1 4
- ・ (単独*12) 初回加算を同時に算定しています 1 1 6
- ・ (単独*26) 1月につき2回以上排せつ支援加算を算定しています 1 1 8
- ・ (単独*27) 栄養改善加算と栄養アセスメント加算が同時に算定しています 1 2 0
- ・ (単独*27) 通所リハ短期集中個別リハ加算または通所リハ認知症短期集中リハ加算 I が、
 通所リハ生活行為向上リハ加算と同時に算定されている可能性があります 1 2 3
- ・ (単独*62) 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) 1 2 6
- ・ (単独*62) 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) 1 2 8

1. 介護給付費縦覧審査とは

島根県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という）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。国保連合会が介護給付費縦覧審査を実施した結果に基づいて、事業所等が請求誤り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。

国保連合会における介護給付費縦覧審査チェックの流れ



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が送付されます。(毎月9日頃)

- 介護給付費縦覧審査確認表(5ページ)
- 事業所向け縦覧帳票(参考)(6ページ)
 - ・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
 - ・単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表

※介護給付費を伝送請求されている事業所には伝送で、磁気媒体及び帳票で請求されている事業所には郵送で送付します。



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12ページからの「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。

※「過誤する・しない」のどちらかに○を付けてください。

※すでに保険者に過誤依頼をされている場合は、「過誤しない」に○を付けて「保険者に過誤依頼済み」と記入してください。

※事業所担当者氏名、連絡先電話番号を記入してください。



③記入いただいた『介護給付費縦覧審査確認表』を返送日までに国保連合会に返送してください。

※添付資料(サービス提供日/入所日確認表等)が必要な場合は併せて送付をお願いします。

※返送日を過ぎても翌月以降処理できますので、返送してください。

※個人情報が含まれますので、郵送にて返送いただきますようご協力をお願いします。





④国保連合会では返送された『介護給付費縦覧審査確認表』を確認後、過誤する旨の申し出があった請求について過誤処理を行います。
併せて、『適正化にかかる過誤申立情報一覧表』（7ページ）を送付します。（翌月1日頃）



⑤事業所では送付された『適正化にかかる過誤申立情報一覧表』を確認後、必要に応じて内容を訂正し、再請求してください。
※『適正化にかかる過誤申立情報一覧表』が到着した月から再請求が可能です。（通常の請求と同様に毎月10日が締切日です）

3. 帳票レイアウト

次ページから掲載しています。

○介護給付費縦覧審査確認表

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

県国民健康保険団体連合会

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、対象帳票が「算定」「重複」「単独」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。

| 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 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | |

○事業所向け縦覧帳票 (参考)

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 | 事業所状態 |
| 事業所名 | |

平成〇年〇月 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 | | 認定有効期間 | 備考 | | | |
|-------------|--------------|-------------|--------|--------|-------------|--------------|------|-------|-------|---------------|----------|-----------------|-----------------|-----------|----------|------------|------------------|--------|-----------|--------|-----|-------|-------------|------|----------------------|----|-----------------------|-------------------|--|
| 縦覧表 対化番号 | 証印載 保険者番号 | 証印載 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 (限) 年月日※1 | 退所 (限) 年月日※2 | 預物/ 償還 | 縦覧 区分 | 縦覧 整理番号 | 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 準保険者番 号※4 | 認定有効期間 (開始年月日) | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

重複請求縦覧チェック一覧表（請求事業所）

| | |
|-------|-------|
| 事業所番号 | 事業所状態 |
| 事業所名 | |

平成○年○月 提供分

平成○年○月○日

□□県国民健康保険団体連合会

| 縦覧表 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 | 縦覧 区分 | 縦覧 整理番号 | 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 |
|-------------|--------------|-------------|--------|--------|--------------|------|-------|-------|-----------|-------------|---------|----------|------------------|-------------|-------------|----------------|-----------|----------|------------|------|--------|-----------|-------------|-------------|----|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（請求事業所）

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 事業所番号 | | 事業所状態 | |
| 事業所名 | | | |

平成〇年〇月 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 | 認定有効期間 | 備考 | 審査エラーコード | | | | | | |
|-------------|--------------|-------------|--------|--------|-------------|--------------|------|-------|-----------|-----------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|------------|-----------|-----|-------|-------|-------------|------|----------------------|-----------------------|-------------------|--|--|--|--|
| 確認票 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（期） 年月日※1 | 退所（期） 年月日※2 | 現病/ 償還 | 種別 区分 | 認定 受理番号 | 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 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) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

○適正化にかかる過誤申立情報一覧表

適正化にかかる過誤申立情報一覧表

□□県国民健康保険団体連合会
平成○年○月○日

| | |
|-------|--|
| 事業所番号 | |
| 事業所名 | |

平成○年○月審査にて、適正化による過誤申立データとして以下の内容を受け付けましたのでお知らせ致します。

| 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 | 様式番号 | 支払金額 | 過誤理由 |
|--------------|---------|------------|--------|--------------|------|------|------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

○サービス提供日／入所日確認表

次ページに掲載しています。

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 ・単独 | | | 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 | | | | | |

4. 介護給付費縦覧審査確認表の対応について

<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、重複、居宅支援、単独の各帳票に番号が表示されます | |
|-------|------|---|--------------------------|--------------------------------------|----------|
| 20 | 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、小規模加算、中山間加算） | *01 | 貸与開始月 |
| 22 | 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 退院退所時連携加算 | *02 | 入所日から |
| 24 | 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 | 緊急対応加算 緊急短期入所受入加算 | | |
| 26 | 算定 | 介護保険施設を退所した実績がありません | 退院時共同指導加算 | *04 | 退所（院）につき |
| 28 | 算定 | 介護保険施設の入所実績がありません | | | |
| 30 | 算定 | 施設退所後既に訪問看護費を算定しています | | | |
| 32 | 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 |
| 34 | - | 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) | | | |
| 35 | 算定 | 短期生活長期利用者減算の対象となる可能性があります | 短期生活長期利用減算 | | |

| 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、重複、居宅支援、単独の各帳票に番号が表示されます | | |
|-------|------|---|---|--------------------------------------|----------------------|-------------|
| 37 | 算定 | 試行的退所時指導加算を複数回算定しています | 保健施設・介護医療院（退所時加算、退所前連携加算） 福祉施設・地域福祉施設（退所前連携加算） | *08 | 退所（院）につき（入所（院）期間1月超） | |
| 39 | 算定 | 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 | 訪問介護 (初回加算) | *09 | 新規計画作成時等 | |
| 41 | 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 | 訪問リハ (短期集中個別リハ加算) | *10 | 短期集中リハビリテーション実施加算 | |
| 43 | 算定 | 入所日から過去3ヶ月以内に施設に入所しています | 老健施設 (短期集中リハ加算) | | 短期集中リハビリテーション実施加算 | |
| 45 | 算定 | 過去3ヶ月以内に認知症短期集中リハ加算を算定しています | 老健施設 (認知症短期集中リハ加算) | | | |
| 47 | 算定 | 通所リハ生活行為向上リハ加算1が3ヶ月超継続している可能性があります | 生活行為向上リハ加算1 生活行為向上リハ加算2 | | | リハビリテーション加算 |
| | 算定 | 通所リハ生活行為向上リハ加算2が3ヶ月超継続している、または、加算1と加算2が合算して6ヶ月超継続している可能性があります | | | | |
| 49 | 算定 | 通所リハマネジメント加算が6ヶ月超継続している可能性があります | リハマネ加算Ⅱ リハマネ加算Ⅲ リハマネ加算Ⅳ | | | |
| 51 | 算定 | 「生活行為向上リハビリテーション実施加算の実施後に通所リハビリテーションを継続した場合の減算」の対象となる可能性があります | リハ継続減算 | | | |

| 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、重複、居宅支援、単独の各帳票に番号が表示されます | |
|-------|------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 54 | 算定 | 通所リハ生活行為向上リハ加算が6ヶ月超継続している可能性があります | 生活行為向上リハ | | |
| 56 | 算定 | 介護保険施設を退所した実績がありません | 居宅介護支援 (退院退所加算) | *12 | 入所(院)中 |
| 58 | 算定 | 介護保険施設の入所実績がありません | | | |
| 60 | 算定 | 施設入所時に在宅入所相互利用加算を算定しています | | | |
| 62 | 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 | | | |
| 64 | 算定 | 入所日から3ヶ月超の場合に請求している可能性があります | 在宅入所相互利用加算 | *20 | 入所期間3月を超える場合の利用可能期間(月) |
| 66 | 算定 | 過去2ヶ月以内に生活機能向上連携加算Iを算定しています | 生活機能向上連携加算 (通所介護) | *21 | |
| 68 | 算定 | 過去2ヶ月以内に生活機能向上連携加算Iを算定しています | 生活機能向上連携加算 (短期入所生活介護) | | |
| 70 | 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せん | 特定診療費・特別療養費・特別診療費 (初期入院診療管理) | *61 | 初期入院(入所)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 | | | |
| 72 | 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・特別診療費(理学療法リハ計画加算、作業療法リハ計画加算) | *62 | リハビリ計画加算 |

| 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、重複、居宅支援、単独の各帳票に番号が表示されます | |
|-------|------|--|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| 74 | 算定 | 入所日から過去3ヶ月以内に同じ施設に入所しています | 特定診療費・特別診療費（短期集中リハ加算） | *62 | 短期集中リハビリテーション実施加算 |
| 76 | 算定 | 過去3ヶ月以内に認知症短期集中リハ加算を算定しています | 特定診療費・特別診療費（認知症短期集中リハ加算） | *62 | 短期集中リハビリテーション実施加算 |
| 79 | 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 | 請求明細書の重複請求チェック |
| 81 | - | サービス提供日／入所日確認表の記入例 | | | |
| 82 | - | （居宅サービスの記入例） | | | |
| 83 | - | （福祉用具貸与サービスの記入例） | | | |
| 84 | - | （短期入所サービスの記入例） | | | |
| 85 | - | （施設サービスの記入例） | | | |
| 86 | 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） | 居宅療養管理指導 | *02 | （介護予防）居宅療養管理指導に対する重複請求チェック |
| 88 | 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・定期巡回・看護小規模 （緊急時訪問看護加算） | *03 | 1人の受給者に対して1事業所のみ算定可能なサービスのチェック |
| | 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・定期巡回・看護小規模 （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、重複、居宅支援、単独の 各帳票に番号が表示されます | |
|-----------|----------|---|--|--|-----------------------------------|
| | 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・定期巡回・看護 小規模 (ターミナルケア加算) | | |
| 90 | 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(外部サービス利用型) 予特定施設(外部サービス 利用型) | *04 | 外部サービス利用型にお ける上限単位数のチェック |
| 93 | 居宅 支援 | サービス計画費の請求はあるが、介護サービスの給付実 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 | *01 | サービス実施有無チェック |
| 96 | 単独 | 開始年月日から30日超で請求している可能性があります(開始年月日が未設定の場合) | 初期加算 | *02 | 入所日から |
| 98 | 単独 | 開始年月日から30日超で請求している可能性があります(開始年月日が未設定以外の場合) | 初期加算 | *02 | 入所日から |
| 100 | 単独 | 認知症緊急対応加算と緊急短期入所受入加算が同時に 算定されています | 認知症緊急対応加算 緊急短期入所受入加算 | | |
| 102 | 単独 | 初回加算を同時に算定しています | 退院時共同指導加算 | *04 | 退所(院)につき |
| 104 | 単独 | 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 | 介護療養型医療施設(退院 時加算、退院前連携加算) | *08 | 退所につき(入所1月超) 退所につきまたは1月につ き |
| 106 | 単独 | 特別療養費(医学情報提供)を同時に算定しています | 保健施設・介護医療院(退 所時加算、退所前連携加算) 福祉施設・地域福祉施設(退 | | |

| 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、重複、居宅支援、単独の 各帳票に番号が表示されます | |
|-----------|----------|--|------------------------------|--|-------------------|
| 108 | 単独 | 特別診療費(医学情報提供(I)又は医学情報提供(II)) を同時に算定しています | 所前連携加算) | | |
| 110 | 単独 | 特定診療費(医学情報提供(I)又は医学情報提供(II)) を同時に算定しています | 介護療養型医療施設(退院 時加算、退院前連携加算) | | |
| 112 | 単独 | 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) | 老健施設 (短期集中リハ加算) | *10 | 短期集中リハビリテーショ ン |
| | 単独 | 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) | | | |
| | 単独 | 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) | 老健施設 (認知症短期集中リハ加 算) | | |
| | 単独 | 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) | | | |
| 116 | 単独 | 初回加算を同時に算定しています | 居宅介護支援 (退院退所加算) | *12 | 退院退所加算 |
| 118 | 単独 | 1月につき2回以上排せつ支援加算を算定しています | 排せつ支援加算 | *26 | 排せつ支援加算 |
| 120 | 単独 | 栄養改善加算と栄養アセスメント加算が同時に算定し ています | 栄養改善加算 栄養アセスメント加算 | *27 | 同時算定不可 |
| 123 | 単独 | 通所リハ短期集中個別リハ加算または通所リハ認知症 短期集中リハ加算Iが、通所リハ生活行為向上リハ加算 と同時に算定されている可能性があります | 通所リハ生活行為向上リハ 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、重複、居宅支援、単独の 各帳票に番号が表示されます | |
|-----------|----------|--|------------------------------|--|------------------------------|
| 126 | 単独 | 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) | 特定診療費・特別診療費 (短期集中リハ加算) | *62 | 短期集中リハビリテーション 実施加算(療養型施設) |
| | 単独 | 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) | | | |
| | 単独 | 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) | 特定診療費・特別診療費 (認知症短期集中リハ加算) | | |
| | 単独 | 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) | | | |

算 定

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 | 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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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 | 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 かこ 太郎 | H27. 4 | 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 | H27. 3 | 507000001 サービス事業所 〇 1 | 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。 | | | | | | | (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 H27/4 サービス A車椅子 H27/4/10 貸与開始 関連情報 H27/3 サービス B 電動車椅子 H27/3/10 貸与開始 | 過誤 する ・ しない |
|--|--------------------------|

福祉用具商品名・貸与開始日を
記入して下さい。

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 27 年 4 月 提供分

平成〇年〇月〇日
〇〇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 | 基 本 情 報 | | 明 細 / 特 定 情 報 | | | | | | | | | | 国民健康保険 被保険者証番 号 | 国民健康保険 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 (開始年月日) | 備考 | | | |
|-------------|--------------|-------------|------------|--------|-------------|--------------|---------|------------|---------------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|---------|-----------|-----------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|----|-----|-----|-------|
| | | | | | | | 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 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は識別番号※3 | サービス名称 | 日数/ 回数 | | | | | | | 単位数 | 備要欄 | 保険者番号 |
| | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かこ 太郎 | 24 | H27. 03 | H27. 04 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 2 | H27. 3. 1 | | 現物 | +01 | 01 | 17-8001 | 車いす貸与特加算 | 1 | 100 | | | | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かこ 太郎 | 24 | H27. 04 | H27. 05 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 2 | H27. 4. 1 | | 現物 | +01 | 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。

- 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下さい。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○をつけて返送して下さい。
- 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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

| | |
|----------|---------------------|
| 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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

「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

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」「単独」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 〇 1 | 000000001 カゴ 〇 〇 | H27. 4 | 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 | H27. 3 | 507000001 サービス事業所 〇 1 | 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 〇月〇日～〇月〇日 40日間 | | する ・ しない |

医療機関名称・入院期間を
記入して下さい。

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
ランクを記入して下さい。

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 27年 4月 提供分

平成〇年〇月〇日
 県国民健康保険団体連合会

| 種別 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 | 基本情報 | | 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 | 給費 区分 | 給費 種別番号 | サービス 又は補助番号※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 | |
|------------|--------------|-------------|------------|-----------|-------------|---------|---------|------------|-------------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|-----------|-----|-----|--------|-------------|------|------------------|-----------------------|-------------------|----|--|
| | | | | | | 審査年月 | 事業所番号 | | | | | | | | | | 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 | hfs' s'p' | 24 | H27. 03 | H27. 04 | 5070000001 | サービス事業所 0 1 | 8 | H27. 3. 20 | | 現物 | +02 | 01 | 51-6400 | 福祉施設初期加算 | 10 | 30 | | | | | 50100001 | 00000001 | | |
| 1 | 501001 | 保険者 0 1 | 0000000001 | hfs' s'p' | 24 | H27. 04 | H27. 05 | 5070000001 | サービス事業所 0 1 | 8 | H27. 3. 20 | | 現物 | +02 | 01 | 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、退院・退所時連携加算

報酬算定上の制限

- ・ 入所年月日（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス（看護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、認知症対応型共同生活介護、特定施設生活介護、地域特定施設介護、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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス（看護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、特定施設生活介護、地域特定施設介護、介護福祉施設、介護保健施設、介護医療施設、地域密着型介護福祉施設、介護医療院の場合は、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。）

- 対応・・・
- ①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下さい。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○をつけて返送して下さい。
 - ②認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上か確認して下さい。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○をつけて返送して下さい。
 - 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下さい。

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 | 507000001 |
| 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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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 0 1 | 000000001 かこ 知ゆ | H27. 4 | 52 | 6004 | 6 | 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 | H27. 3 | 507000001 サービス事業所 0 1 | 99-9999-9999 | 52 | 6004 | 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) 請求誤りのため過誤 | | | | | | |
| | 確認の観点 | 再入所した場合か | | | (確認調整結果記入欄) 再入所日 〇月〇日 | | 過誤 する ・ しない | | | | | | | |

又は

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| (確認調整結果記入欄) 再入所日 〇月〇日 | 過誤 する ・ しない |
|-----------------------------|----------------------|

再入所日を記入して下さい。

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 27 年 4 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 保 険 者 番 号 | | 認 定 有 効 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 | サービス 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（院） 年月日※2 | 現物/ 償還 | 縦覧 区分 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は識別番号※3 | サービス 名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 備要欄 | 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) | 備考 |
| | 501001 | 保険者 0 1 | 000000001 | かこ 知ゆ | 24 | H27. 03 | H27. 04 | 507000001 | サービス事業所 0 1 | | 9 | H27. 3. 20 | | 現物 | +02 | 03 | 52-6004 | 保健施設認知症緊急対応加算 2 | 2 | 200 | | | | | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者 0 1 | 000000001 | かこ 知ゆ | 24 | H27. 04 | H27. 05 | 507000001 | サービス事業所 0 1 | | 9 | H27. 3. 20 | | 現物 | +02 | 03 | 52-6004 | 保健施設認知症緊急対応加算 2 | 6 | 200 | | | | | | | | |

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

- ・・緊急対応加算、および緊急短期入所受入加算

報酬算定上の制限

- ・・入所年月日から30日以内で最大7回（緊急短期入所受入加算は14回）算定可能なサービスです。

対応・・①再入所した場合か確認して下さい。確認した結果、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、再入所日を記入して、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。

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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

平成 27 年 10 月縦覧審査分

| | |
|----------|---------------------|
| 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 |

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分*04）
 「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

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」「単独」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 知 | H27. 4 | 13 4003 訪問看護退 院時共同指 導加算 | 1 | 介護保険施設を退所した実績 がありません | H27. 3 | ***** ***** | ***** ***** | 53 介護医療施設 | |
| | 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 | | (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 | | | | | | | | | | |

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下さい。

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下さい。

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 27年 4月 提供分

平成〇年〇月〇日
 県国民健康保険団体連合会

| 種別 対心番号 | 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 | | | | | | | | | | 国民健康保険 | | | 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 番号 | 入所（院） 年月日※1 | 退所（院） 年月日※2 | 現物/ 償還 | 種別 区分 | 種別 番号 | 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 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) | | |
| | 501001 | 保険者 0 1 | 0000000001 | ㏃㏃ ㏃㏃ | 24 | H27.03 | H27.04 | ***** | ***** | | 10 | H27.3.1 | | 現物 | +04 | 02 | 53 | 介護医療施設 | | | | | | | | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者 0 1 | 0000000001 | ㏃㏃ ㏃㏃ | 24 | H27.04 | H27.05 | 5070000001 | サービス事業所 0 1 | | 2 | | | 現物 | +04 | 02 | 13-4003 | 訪問看護退院時共同指導加算 | | | | | | | | | | | |

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 |
|---------|----------------------|
| 13 | 4003 訪問看護退院時共同指導加算 |
| 63 | 4003 予防訪問看護退院時共同指導加算 |
| 76 | 4003 定期巡回退院時共同指導加算 |
| 77 | 4003 看護小規模退院時共同指導加算 |

報酬算定上の制限

- ・退所又は退院につき1回算定可能なサービスです。

- 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下さい。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○をつけて返送して下さい。
 - 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下さい。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○をつけて返送して下さい。
 - 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下さい。

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 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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分＊04）
「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

□□県国民健康保険団体連合会

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」「単独」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 〇 1 | 0000000001 かこ 太郎 | H27. 4 | 13 4003 訪問看護退 院時共同指 導加算 | 1 | 介護保険施設の入所実績があ りません | | | | | | |
| | | (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 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
記入して下さい。

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 27 年 4 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 対象 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 | 算定年月 | 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 | 縦覧 整理番号 | 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 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 | |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かこ 太郎 | 24 | H27. 04 | H27. 05 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 2 | | | 現物 | *04 | 03 | 13-4003 | 訪問看護退院時共同指導加算 | 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

対象サービス・・・

| サービスコード | | サービス略称 |
|---------|------|-----------------|
| 13 | 4003 | 訪問看護退院時共同指導加算 |
| 63 | 4003 | 予防訪問看護退院時共同指導加算 |
| 76 | 4003 | 定期巡回退院時共同指導加算 |
| 77 | 4003 | 看護小規模退院時共同指導加算 |

報酬算定上の制限

・・・退所又は退院につき1回算定可能なサービスです。

対応・・・①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下さい。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○をつけて返送して下さい。
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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

| | |
|----------|---------------------|
| 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 |

平成 27 年 10 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下さい。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分 * 04）
 「縦覧点検出力事由」欄
 施設退所後、既に訪問看護、予防訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護または看護小規模多機能型居宅介護を算定しています

□□県国民健康保険団体連合会

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」「単独」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 01 | 0000000001 かこ 知ゆ | H27.4 | 13 | 4003 | 1 | 施設退所後に訪問看護費を算定しています | H27.3 | ***** | ***** | 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) | | H27.3 | 507000001 | 99-9999-9999 | 13 | | |
| | | | | | | | | 請求誤りのため過誤 | | H27.3 | | サービス事業所 01 | | 訪問看護 | |
| | 確認の観点 | 施設退所後に初回の訪問看護を実施した場合か | | | | | | | 過誤 | | | | | | |
| | | | | | | | する | | | | | | | | |
| | | | | | | | ・ | | | | | | | | |
| | | | | | | | しない | | | | | | | | |

又は

| | | |
|--------------------------|--|-----|
| (確認調整結果記入欄) | | 過誤 |
| 施設退所後の初回の訪問看護実施日 ○月○日 | | する |
| | | ・ |
| | | しない |

施設退所後の初回のサービスと実施した日付を記入して下さい。

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 27年 4月 提供分

平成〇年〇月〇日
 県国民健康保険団体連合会

| 種別 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 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 | 給費 区分 | 給費 整理番号 | 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 | |
|------------|--------------|-------------|------------|--------|-------------|--------------|--------|------------|-----------|-----------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|---------------|-----|-----|-------|-------------|------|--|------------------|-----------------------|-------------------|----|--|
| | | | | | 要介護 状態区分 | サービス 提供年月 | 事業所番号 | 事業所 番号 | | | | | | | | | | 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 | ㏃'㏃'㏃' | 24 | H27.03 | H27.04 | ***** | ***** | 8 | H27.2.1 | H27.3.25 | 現物 | +04 | 04 | 51 | | 介護福祉施設 | | | | | | | | | | | |
| | 501001 | 保険者〇1 | 0000000001 | ㏃'㏃'㏃' | 24 | H27.03 | H27.04 | 5070000001 | サービス事業所〇1 | 2 | | | 現物 | +04 | 04 | 13 | | 訪問看護 | | | | | | | | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者〇1 | 0000000001 | ㏃'㏃'㏃' | 24 | H27.04 | H27.05 | 5070000001 | サービス事業所〇1 | 2 | | | 現物 | +04 | 04 | 13-4003 | | 訪問看護退院時共同指導加算 | 1 | 600 | | | | | | | | | |

内容・・施設退所後に訪問看護費を算定しています

対象サービス・・

| サービスコード | サービス略称 |
|---------|----------------------|
| 13 | 4003 訪問看護退院時共同指導加算 |
| 63 | 4003 予防訪問看護退院時共同指導加算 |
| 76 | 4003 定期巡回退院時共同指導加算 |
| 77 | 4003 看護小規模退院時共同指導加算 |

報酬算定上の制限

- ・・退所又は退院につき1回算定可能なサービスです。

- 対応・・①施設退所後に初回の訪問看護、予防訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護または看護小規模多機能型居宅介護を実施した場合を確認して下さい。確認した結果、初回の実施であることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に施設退所後初回の訪問看護の実施日を記入して、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。
- 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下さい。

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 | 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 27 年 10 月 縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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 かこ 〇 〇 | H27. 4 | 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) | H27. 3 | ***** ***** | ***** ***** | 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下さい。

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 27 年 4 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(院) 年月日※1 | 退所(院) 年月日※2 | 現物/ 償還 | 縦覧 区分 | 縦覧 回数 | サービス 又は識別番号※3 | サービス名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 調整欄 | 国民健康保険 | | | 備考 | |
|-------------|--------------|-------------|-----------|--------|-------------|--------------|---------|-----------|-------------|-----------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|----------|------------------|---------------|-----------|-----|-----|--------|-------------|------|----|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | 被保険者証番 号 | 個人番号 | | |
| | 501001 | 保険者 〇 1 | 000000001 | かこ 〇 〇 | 24 | H27. 03 | H27. 04 | ***** | ***** | | 3 | H27. 3. 10 | | 現物 | +05 | 02 | 21-2113 | 併設短期生活 I 1・夜減 | 21 | 594 | | | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 000000001 | かこ 〇 〇 | 24 | H27. 04 | H27. 05 | 507000001 | サービス事業所 〇 1 | | 3 | H27. 3. 21 | H27. 4. 19 | 現物 | +05 | 02 | 21-2113 | 併設短期生活 I 1・夜減 | 19 | 562 | | | | | | |

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。

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」に記入して下さい。（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下さい。
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下さい。（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11ページをコピーしてご利用下さい。
- 「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下さい。

 **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2～4の4 様式5、5の2 様式6の5～6の7 | 様式6～6の4 様式8、9、9の2、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>月の最初の退所日</u> 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下さい

<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 ・単独 | 501001 | 0000000001 | H27年4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 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 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○をつけて下さい。
入所日には「入」、退所日には「退」と記入して下さい

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
 短期生活長期利用者減算の対象とな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 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 |

令和 3 年 4 月 縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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 | R3. 4 | 21 2141 併設短期生活 I 4 | 30 | 短期生活長期利用者減算の対象となる可能性があります | R3. 3 | 5070000001 サービス事業所 〇 1 | 99-9999-9999 | 21 2141 併設短期生活 I 4 | 30 | |
| | (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 | 減算が必要であるか、必要である場合は減算対象の日数分減算されているか | | | | | | 過誤 する ・ しない | | | | | |

又は

| | |
|---|--------------------------|
| (確認調整結果記入欄) 自宅で過ごした日 〇月〇日 | 過誤 する ・ しない |
|---|--------------------------|

退所後に自宅等で過ごした日を記入して下さい。

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 | | |

令和 3 年 4 月 提供分

令和〇年 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 | 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(既)年月日※1 | 退所(既)年月日※2 | 現物/保連 | 縦覧区分 | 縦覧整理番号 | サービス又は識別番号※3 | サービス名称 | 日数/回数 | 単位数 | 種別 | 国民健康保険(保険者番号) | 国民健康保険(被保険者番号) | 国民健康保険(氏名) | 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 〇 1 | 0000000001 | かゝ 〇 〇 〇 | 24 | R03.03 | R03.04 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 3 | R03.03.01 | R03.03.30 | 現物 | x05 | 03 | 21-2141 | 併設短期生活 I 4 | 30 | 792 | | | | | | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かゝ 〇 〇 〇 | 24 | R03.04 | R03.05 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 3 | R03.04.01 | R03.04.30 | 現物 | x05 | 03 | 21-2141 | 併設短期生活 I 4 | 30 | 806 | | | | | | | | | |

内容・・短期生活長期利用者減算の対象となる可能性があります

対象サービス

- ・・短期生活長期利用者減算

報酬算定上の制限

- ・・短期入所サービスを30日連続して利用した場合、30日を超えた日より減算する必要があります。

対応・・①退所して再入所するまでの間に、自宅等に戻らず自費で入所し続けていないかを確認して下さい。確認した結果、自宅等に帰宅されていることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に在宅等で過ごした日を記入して、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。
②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下さい。

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
 試行的退所時指導加算を複数回算定しています

| | |
|----------|--------------|
| 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30年10月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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 かこ けん | H30.4 | 52 6502 保健施設試 行的退所時 指導加算 | 1 | 試行的退所時指導加算を複数 回算定しています | H30.4 | 5070000001 サービス事業所01 | 99-9999-9999 | 52 6502 保健施設試 行的退所時 指導加算 | 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 | 試行的な退所を行った場合か | | | | | | (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) 試行的な退所を行った日 ○月○日 | 過誤 する ・ しない |
|------------------------------------|----------------------|

試行的な退所を実施した日を
記入して下さい。

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 O 1 | | |

平成 30年 4月 提供分

縦覧区分
 * 01「貸与開始月」* 02「入所(居)日・入院日から」* 03「入所(院)中・退所(院)後30日以内」* 04「退所(院)につき」* 05「最大連続入所日数」
 * 06「退所(院)につき(入所期間1月起)・退所(院)につき又は1月につき(試行的退所(院)時)」* 09「新規計画作成時等」* 10「短期集中リハ加算」* 11「死亡日前」* 12「入所(院)中」
 * 13「退所(居)日から2週間以内」* 14「サービス提供開始後2月」* 15「小規模多機能型に対する情報提供」* 16「退院退所加算」* 17「認知症施設等への情報提供」
 * 18「退所(院)後30日以内」* 19「サービス提供開始後6月」* 20「入所期間3月を超える場合の利用可能期間(月)」* 21「3月につき」* 22「6月につき」* 23「再入所につき」
 * 61特定診療費「初期入院診療管理」* 62特定診療費「リハビリ加算等」

| 基本情報 | | | | | | | | | | 明細 / 特定情報 | | | | | 国民健康保険 | | 後継高齢者 | 後継高齢者 | 認定有効期間 | 備考 | | | | | | | |
|-------------|--------------|------------|------------|-------------|--------------|-------|------------|---------------|-----------|-----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|----------------|-----------|--------|-----|-----------|---------------------------|-----------|------------------|----------------------|-------------------|--|
| 保証者 対称番号 | 証記載 保険者番号 | 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 | 縦覧 整理番号 | 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 | 発行者 番号 | 後継高齢者 保険者番号※4 | 後継高齢者 保険者番号 ※4 | 認定有効期間 (開始年月日) | |
| | 501001 | 080000002 | おのじゆ | 21 | H30.4 | H30.5 | 5070000051 | 施設サービス事業所 5 1 | | 9 | H30.3.1 | H30.4.27 | 現物 | +08 | 02 | 52-6502 | 保健施設試行的退所時指導加算 | 1 | 400 | | 00501001 | 000000000000 000080002 | 000080002 | | | | |
| 1 | 501001 | 080000002 | おのじゆ | 21 | H30.5 | H30.6 | 5070000051 | 施設サービス事業所 5 1 | | 9 | H30.3.1 | H30.4.27 | 現物 | +08 | 02 | 52-6502 | 保健施設試行的退所時指導加算 | 1 | 400 | | 00501001 | 000000000000 000080002 | 000080002 | | | | |

内容・・ 試行的退所時指導加算を複数回算定しています

対象サービス

- ・ 保健施設試行的退所時指導加算

報酬算定上の制限

- ・ 退所が見込まれる入所期間が1月を超える入所者を試行的に退所させる場合に、入所中最初に試行的な退所を行った月から3月の間に限り、入所者1人につき、1月に1回算定可能な加算です。

- 対応・・ ①試行的な退所を行っている場合か確認して下さい。確認した結果、試行的な退所を行った場合であることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に試行的な退所を行った日を記入して、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。
- ②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下さい。

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
 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 |

平成 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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 かこ 〇 〇 | H27. 4 | 11 訪問介護初 回加算 | 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 | する ・ 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 | する ・ しない |

サービス提供責任者の訪問日（同行日）
を記入して下さい。

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 27 年 4 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 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 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は識別番号※3 | サービス名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 調整欄 | 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 |
|-------------|--------------|-------------|-----------|--------|-------------|--------------|---------|-----------|-------------|-----------------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|----------|-----------|-----|-----|--------|-------------|---------|------------------|-----------------------|-------------------|----|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | 被保険者証 番号 | 個人番号 | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 000000001 | かこ 〇 〇 | 24 | H27. 04 | H27. 05 | 507000001 | サービス事業所 〇 1 | 2 | | | 現物 | +09 | 07 | 11-4001 | 訪問介護初回加算 | 1 | 200 | | | | 5010001 | 0000001 | | 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 | 備考 |
|---------|------|------------|----------------|
| 11 | 4001 | 訪問介護初回加算 | |
| 61 | 4001 | 予防訪問介護初回加算 | 平成30年3月サービス分まで |

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。

- 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下さい。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○をつけて返送して下さい。
- 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下さい。
- 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下さい。

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

令和3年4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下さい。

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」「単独」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 かこたう | R3.4 | 14 5003 訪問リハ短期集中個別リハ加算 | 3 | 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 | R3.1 | ***** ***** | ***** ***** | 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) 過誤 請求誤りのため過誤 | | | | | |
| | 確認の観点 | リハビリテーション実施日が利用条件（退院日または認定日から3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 | | | | | | (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) 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下さい。

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 事業所形態
 事業所名 サービス事業所〇1

令和3年4月 提供分

令和〇年〇月〇日
 山口県国民健康保険団体連合会

| 確認表 対応番号 | 証記順 保険者番号 | 証記順 保険者名 | 補償保険者番号 | 補償保険者氏名 | 基 本 情 報 | | | | 明 細 / 特 定 情 報 | | | | | | | | | | 備考 | | | | | | | | |
|-------------|--------------|-------------|------------|---------|-------------|--------------|-----------|------------|---------------|-----------------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|------------|--------------|----|-----|----------|-----------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------|--|
| | | | | | 要介護 状態区分 | サービス 提供年月 | 要介護 年月 | 事業所番号 | 事業所 名称 | 事業所 状態 番号 | 入所(院) 年月日※1 | 退所(院) 年月日※2 | 現物/ 償還 | 収算 区分 | 収算 整理番号 | サービス 又は補助番号※3 | サービス 名称 | 日数/ 回数 | | 単位数 | 標準額 | 国民健康保険 保険者番号 | 国民健康保険 冠番号 | 後期高齢者 保険者番号※4 | 後期高齢者 補償保険者番号 ※4 | 認定有効期限 (開始年月日) | |
| | 501001 | 保険者〇1 | 0000000001 | か1'欠2' | 21 | R03.01 | R03.02 | ***** | ***** | 8 | R03.01.01 | | | 現物 | *10 | 04 | 51 | 介護福祉施設 | | | | | 50100001 | 00000001 | R02.04.01 | | |
| 1 | 501001 | 保険者〇1 | 0000000001 | か1'欠2' | 21 | R03.04 | R03.05 | 5070000001 | サービス事業所〇1 | 2 | | | | 現物 | *10 | 04 | 14-5003 | 訪問リハ短期集中リハ加算 | 3 | 200 | 20210120 | | | 50100001 | 00000001 | R02.04.01 | |

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／3ヶ月以内）の場合に請求している可能性があります

対象サービス及び報酬算定上の制限

- ・・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） | 備考 |
|---------|--------|----------------|------------------------------------|
| 14 | 5003 | 訪問リハ短期集中リハ加算 | 退院（所）日又は認定日から3月以内 |
| 16 | 5613 | 通所リハ短期集中個別リハ加算 | 退院（所）日又は認定日から3月以内 令和3年5月サービス分まで |
| 64 | 5001 | 予防訪問リハ短期集中リハ加算 | 退院（所）日又は認定日から3月以内 |

対応・・①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下さい。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○をつけて返送して下さい。

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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

| | |
|----------|--------------|
| 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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分＊10）
 「縦覧点検出力事由」欄
 入所日から過去3ヶ月以内に施設に入所して
 います

□□県国民健康保険団体連合会

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」「単独」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。

| 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 かこ 〇 〇 | H27. 4 | 52 6252 保健施設短期集中リハ加算 | 1 | 入所日から過去3ヶ月以内に施設に入所しています | H27. 2 | 5070000001 サービス事業所 〇 1 | 99-9999-9999 | 52 | 介護保健施設 | |
| | 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 | 再入所しているか 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 |
| 国保病院入院 入院期間 ○月○日～○月○日 再入所日 ○月○日 | する ・ しない |

施設／医療機関名、入院期間、再入所日を記入して下さい。
 入院期間が4週間未満の場合は、病名、状態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 27 年 4 月 提供分

平成〇年〇月〇日
□□県国民健康保険団体連合会

| 確認対象番号 | 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 | | | | | | | | | | 国民健康保険 | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------|---------|------------|--------|---------|----------|---------|------------|-------------|---------|------|------------|------------|-------|------|--------|--------------|--------------|-------|--------|-----|-------|---------|------|--------------|---------------|---------------|----------|--|--|--|----------|----------|--|--|
| | | | | | | 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 | 縦覧整理番号 | 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 〇 1 | 0000000001 | かこ 〇 〇 | 24 | H27. 02 | H27. 03 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 9 | H27. 2. 1 | H27. 2. 20 | 現物 | +10 | 05 | 52 | 介護保健施設 | | | | | | | | | 50100001 | 00000001 | | | | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かこ 〇 〇 | 24 | H27. 04 | H27. 05 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 9 | H27. 4. 6 | | 現物 | +10 | 05 | 52-6252 | 保健施設短期集中リハ加算 | | | | | | | 1 | 240 | 20150220 | | | | | 50100001 | 00000001 | | |

内容・・入所日から過去3ヶ月以内に施設に入所しています

対象サービス・・

| サービスコード | | サービス略称 |
|---------|------|--------------|
| 52 | 6252 | 保健施設短期集中リハ加算 |

報酬算定上の制限

・・過去3ヶ月間に施設に入所した実績がある場合は算定できません。

対応・・①別の施設・医療機関に入所（院）した後、施設に再入所した場合か確認して下さい。確認した結果、再入所であることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に、施設名／医療機関名、入院期間（入院期間が4週間未満の場合は、病名、状態も併せて記入して下さい。）を記入し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。
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下さい。

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 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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分＊10）
 「縦覧点検出力事由」欄
 過去3ヶ月以内に認知症短期集中リハ加算を算定
 しています

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」「単独」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 かこ 〇 〇 〇 | H27. 4 | 52 6253 保健施設認 知症短期集 中リハ加算 | 1 | 過去3ヶ月以内に認知症短期 集中リハ加算を算定していま す | H27. 1 | ***** ***** | ***** ***** | 52 6253 保健施設認 知症短期集 中リハ加算 | 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。 | | | | | | | 過誤 | | | | | |
| | 確認の 観点 | 利用者の自己都合（体調悪化）等やむを得ず算定 要件が満たせなくなった場合か | | | | | | する ・ しない | | | | | |

又は

| | |
|---|--------------------------|
| （確認調整結果記入欄） 〇月〇日～〇月〇日 脳血管疾患のため入院 認知症リハが必要と医師が判断したため | 過誤 する ・ しない |
|---|--------------------------|

加算を算定している理由を記入して下さい。

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 27 年 4 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 | 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 | | 現物/ 償還 | 縦覧 区分 | 縦覧 整理番号 | 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 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 | かこ 〇 〇 〇 | 24 | H27. 01 | H27. 02 | ***** | ***** | | 9 | H26. 12. 1 | H27. 1. 10 | 現物 | +10 | 06 | 52-6253 | 保健施設認知症短期集中リハ加算 | 1 | 240 | 20150101 | | | | 50100001 | 00000001 | | |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かこ 〇 〇 〇 | 24 | H27. 04 | H27. 05 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 9 | H27. 4. 5 | | 現物 | +10 | 06 | 52-6253 | 保健施設認知症短期集中リハ加算 | 1 | 240 | 20150410 | | | | 50100001 | 00000001 | | |

内容・・過去3ヶ月以内に認知症短期集中リハ加算を算定しています

対象サービス・・

| サービスコード | | サービス略称 |
|---------|------|-----------------|
| 52 | 6253 | 保健施設認知症短期集中リハ加算 |

報酬算定上の制限

- ・・利用者が過去3ヶ月以内に認知症短期集中リハ加算を算定している場合は、算定できない加算です。

ただし、以下のような場合には、算定が認められます。

平成21年4月改定関係Q & A (Vol. 2)

(問42)

認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能に直接影響を与える疾患を来し、その急性期の治療のために入院となった場合の退院後の取扱い如何。

(答)

認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能低下を来す中枢神経疾患を発症、その急性期に治療のために入院し、治療終了後も入院の原因となった疾患の発症前と比し認知機能が悪化しており、認知症短期集中リハビリテーションの必要性が認められる場合に限り、入院前に利用していたサービス、事業所に関わらず、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては入所(院)した日から起算して新たに3月、通所リハビリテーションにおいては利用開始日から起算して3ヶ月以内に限り算定できる。

- 対応・・①過去3ヶ月間に同一の加算の請求をしている場合、加算を算定している理由を確認して下さい。確認した結果、正当な理由であ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○をつけて返送して下さい。
- 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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

| | |
|----------|--------------|
| 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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分 * 10）
 「縦覧点検出力事由」欄
 通所リハ生活行為向上リハ加算1が3ヶ月超継続
 している可能性があります／通所リハ生活行為向
 上リハ加算2が3ヶ月超継続している、または、加
 算1と加算2が合算して6ヶ月超継続している可能
 性があります

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」「単独」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 かこ 〇 〇 | H27. 8 | 16 6255 | 1 | 通所リハ生活行為向上リハ加算1が3ヶ月超継続している可能性があります | H27. 5 | 5070000001 サービス事業所 〇 1 | 99-9999-9999 | 16 6255 | 1 |
| | 確認の 観点 | リハビリテーション実施日が利用条件（利用開始日の属する月から3月以内／3月超6月以内）を満たしているか | | | | | （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 | | | | |
| | 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。 | | | | | | | | | | | |

又は

| | |
|---|----------------------|
| （確認調整結果記入欄） 〇月〇日～〇月〇日 入院 〇月〇日 再度利用を開始した日 医師が、生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーションが必要と判断したため | 過誤 する ・ しない |
|---|----------------------|

加算を算定している理由を記入して下さい。

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 27 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 対象 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 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は加算番号※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 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 | 備要欄 | 保険者番号 | 被保険者証番 号 | 個人番号 | | | | |
| | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かこ 〇 〇 | 21 | H27. 05 | H27. 06 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 2 | | | 現物 | +10 | 07 | 16-6255 | 通所リハ生活行為向上リハ加算1 | 1 | 2,000 | | 00501001 | 0000000000 0000800005 | 00000800005 | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かこ 〇 〇 | 21 | H27. 08 | H27. 09 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 2 | | | 現物 | +10 | 07 | 16-6255 | 通所リハ生活行為向上リハ加算1 | 1 | 2,000 | | 00501001 | 0000000000 0000800005 | 00000800005 | | | | |

内容・・通所リハ生活行為向上リハ加算 1 が 3 ヶ月を超えた期間に算定しています／通所リハ生活行為向上リハ加算 2 が 3 ヶ月を超えた期間に算定している、または、加算 1 と加算 2 が合算して 6 ヶ月を超えた期間に算定しています

対象サービス・・

| サービスコード | | サービス略称 |
|---------|---------|--------------------|
| 1 6 | 6 2 5 5 | 通所リハ生活行為向上リハ加算 1 |
| 1 6 | 6 2 5 6 | 通所リハ生活行為向上リハ加算 2 |
| 6 6 | 6 2 5 5 | 予防通所リハ生活行為向上リハ加算 1 |
| 6 6 | 6 2 5 6 | 予防通所リハ生活行為向上リハ加算 2 |

報酬算定上の制限

- ・ 利用を開始した日の属する月から 3 月以内の場合は通所リハ生活行為向上リハ加算 1 を、3 月超 6 月以内の場合は通所リハ生活行為向上リハ加算 2 が算定可能なサービスです。

また、以下のような場合も算定が認められます。

平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1)

(問 102)

生活行為向上リハビリテーション実施加算の取得が可能となる期間中に、入院等のためにリハビリテーションの提供の中断があった後、再び同一事業所の利用を開始した場合、再利用日を起算点として、改めて 6 月間の算定実施は可能か。

(答)

生活行為向上リハビリテーション実施加算は、生活行為の内容の充実を図るための目標を設定し、当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、利用者の有する能力の向上を計画的に支援することを評価するものである。

入院等により、活動するための機能が低下し、医師が、生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーションの必要性を認めた場合に限り、入院前に利用していたサービス種別、事業所・施設にかかわらず、再度利用を開始した日から起算して新たに 6 月以内に限り算定できる。

対応・・①過去（3 ヶ月または 6 ヶ月前）に（予防）通所リハ生活行為向上リハ加算の請求をしている場合、加算を算定している理由を確認して下さい。確認した結果、正当な理由であ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○をつけて返送して下さい。

②確認した結果、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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

| | |
|----------|--------------|
| 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 27 年 12 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分＊10）
「縦覧点検出力事由」欄
通所リハマネジメント加算が6ヶ月超継続している
可能性があります

□□県国民健康保険団体連合会

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」「単独」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。

| 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 | 算定 | 501001 保険者 〇 1 | 0000000001 かこ 太郎 | H27. 10 | 16 5608 | 1 | 通所リハマネジメントが6ヶ月超継続している可能性があります | H27. 4 | 5070000001 サービス事業所 〇 1 | 99-9999-9999 | 16 5608 | 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 | リハビリテーション実施日が利用条件（同意日の属する月から6月以内）を満たしているか | | | (確認調整結果記入欄) 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) 〇月〇日 リハビリテーション会議を開催し、計画を見直していく必要性が高いことを利用者が合意したため | 過誤 する ・ しない |
|---|----------------------|

加算を算定している理由を記入して下さい。

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 27 年 10 月 提供分

平成〇年〇月〇日
□□県国民健康保険団体連合会

| 確認対象 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 | 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 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は識別番号※3 | サービス名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 備要欄 | 国民健康保険 | | | 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 | かこ 太郎 | 21 | H27. 04 | H27. 05 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 2 | | | 現物 | +10 | 09 | 16-5608 | 通所リハマネジメント加算Ⅱ 1 | 1 | 1,020 | | 00501001 | 00000000000 0000800005 | 00000800005 | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かこ 太郎 | 21 | H27. 10 | H27. 11 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 2 | | | 現物 | +10 | 09 | 16-5608 | 通所リハマネジメント加算Ⅱ 1 | 1 | 1,020 | | 00501001 | 00000000000 0000800005 | 00000800005 | | | | |

内容・・通所リハマネジメント加算が6ヶ月を超えた期間に算定しています

対象サービス・・

| サービスコード | | サービス略称 |
|---------|------|---------------------|
| 16 | 5608 | 通所リハマネジメント加算A11 |
| 16 | 5619 | 通所リハマネジメント加算A21 |
| 16 | 5615 | 通所リハマネジメント加算B11 |
| 16 | 5617 | 通所リハマネジメント加算B21 |
| 16 | 5617 | 通所リハマネジメント加算IV1 (※) |

※：令和3年3月サービスまで

報酬算定上の制限

- ・・同意日の属する月から6月以内の場合に算定が可能なサービスです。
また、以下のような場合も算定が認められます。

平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.3)

(問3)

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)を取得中にリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)に変更して取得した場合であっても、その後、利用者の状態に応じてリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を再度取得する必要性が生じた際には、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)から取得することができるのか。

(答)

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)からリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)に変更して取得後、利用者の同意を得た日の属する月から6月間を超えてリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を再度取得する場合は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(2)を取得することとなる。

ただし、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性増悪等により、当該会議を月に1回以上開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直していく必要性が高いことを利用者若しくは家族並びに構成員が合意した場合、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)を再度6月間取得することができる。その際には、改めて居宅を訪問し、利用者の状態や生活環境についての情報収集(Survey)すること。

- 対応・・①過去6ヶ月前に通所リハマネジメント加算Ⅱ1、加算Ⅲ1または加算Ⅳ1の請求があるが、加算を算定している理由を確認して下さい。確認した結果、正当な理由であ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○をつけて返送して下さい。
- ②確認した結果、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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

平成 27 年 10 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＊10）
 「縦覧点検出力事由」欄
 「生活行為向上リハビリテーション実施加算の実施後に通所リハビリテーションを継続した場合の減算」の対象となる可能性があります

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」「単独」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 0 1 | 0000000001 かこ 太郎 | H27. 8 | 16 1101 通所リハ I 1 1 1 | 9 | 「生活行為向上リハビリテーション実施加算の実施後に通所リハビリテーションを継続した場合の減算」の対象となる可能性があります | H27. 4 | 5070000001 サービス事業所 0 1 | 99-9999-9999 | 16 6255 | 通所リハ生活行為向上リハ加算 1 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。 請求誤りのため過誤 | | | | | | | 過誤 | H27. 5 | 5070000001 サービス事業所 0 1 | 99-9999-9999 | 16 6255 | 通所リハ生活行為向上リハ加算 1 1 |
| | 確認の観点 | 通所リハを終了した日の属する月の翌月から6月以内に通所リハが算定されている場合、生活行為向上リハ加算を算定した期間分、通所リハが減算されているか | | | | | | する ・ しない | H27. 7 | 5070000001 サービス事業所 0 1 | 99-9999-9999 | 16 7001 | 通所リハ I 1 1 1・継続 1 |

又は

| | | |
|--|--|----------------|
| (確認調整結果記入欄) 〇月〇日～〇月〇日 入院 減算が必要な月数は、〇月～〇月の〇ヶ月間であるため | | 過誤 |
| | | する ・ しない |

減算請求をしていない理由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 27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 | 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（期） 年月日※1 | 退所（期） 年月日※2 | 現物/ 償還 | 額算 区分 | 額算 整理番号 | 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 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 | 換算額 | 保険者番号 | 被保険者証番 号 | | | | | 個人番号 | |
| | 501001 | 保険者〇1 | 0000000001 | ㏶㏵㏶ | 22 | H27.04 | H27.05 | 5070000001 | サービス事業所〇1 | | 2 | | | 現物 | +10 | 10 | 16-6255 | 通所リハ生活行為向上リハ加算 1 | 1 | 2,000 | | 00501001 | 0000000000 0000800005 | 00000800005 | | | | |
| | 501001 | 保険者〇1 | 0000000001 | ㏶㏵㏶ | 22 | H27.05 | H27.06 | 5070000001 | サービス事業所〇1 | | 2 | | | 現物 | +10 | 10 | 16-6255 | 通所リハ生活行為向上リハ加算 1 | 1 | 2,000 | | 00501001 | 0000000000 0000800005 | 00000800005 | | | | |
| | 501001 | 保険者〇1 | 0000000001 | ㏶㏵㏶ | 22 | H27.07 | H27.08 | 5070000001 | サービス事業所〇1 | | 2 | | | 現物 | +10 | 10 | 16-7001 | 通所リハ1111・継続 | 1 | 280 | | 00501001 | 0000000000 0000800005 | 00000800005 | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者〇1 | 0000000001 | ㏶㏵㏶ | 22 | H27.08 | H27.09 | 5070000001 | サービス事業所〇1 | | 2 | | | 現物 | +10 | 10 | 16-1101 | 通所リハ1111 | 9 | 329 | | 00501001 | 0000000000 0000800005 | 00000800005 | | | | |

内容・「生活行為向上リハビリテーション実施加算の実施後に通所リハビリテーションを継続した場合の減算」の対象となる可能性があります

対象サービス

- ・通所リハビリテーション、予防通所リハビリテーション

報酬算定上の制限

- ・（予防）生活行為向上リハ加算を算定後、引き続き（予防）通所リハビリテーションを利用する場合は、（予防）生活行為向上リハ加算を算定した月数分減算が必要です。

- 対応・
- ①（予防）生活行為向上リハ加算を算定した月数分、前月までに減算しているか確認して下さい。確認した結果、減算請求をしてない理由がある場合は、「確認調整結果記入欄」に減算をしていない理由を記入し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。
 - ②確認した結果、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下さい。

また、以下のような場合について減算されます。

平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 4)
 (問3)
 生活行為向上リハビリテーション実施加算を取得し、その後、同一の利用者に対して、通所リハビリテーションの提供を行い、減算が実施されている期間中であつたが、当該利用者の病状が悪化し入院することとなった場合であつて、病院を退院後に再度同一事業所において、通所リハビリテーションを利用することとなった場合、減算はどのように取り扱われるのか。
 また、減算期間が終了する前に、生活行為向上リハビリテーション実施加算を再度取得することはできるのか。

(答)

生活行為向上リハビリテーション実施加算は、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間のリハビリテーションの実施内容をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的にリハビリテーションを提供することを評価したものである。

当該加算に関する減算については、6月間のリハビリテーションの実施内容を当該実施計画にあらかじめ定めたものの、その後、同一利用者に対して、通所リハビリテーションを利用することとなった場合、当該加算を取得した月数と同月分の期間だけ実施されるものである。例えば、5月間取得した場合は、5月分の期間だけ減算される。

したがって、当該利用者の病状が悪化し入院することとなった場合は、あくまでも減算が中断されたものであり、病院を退院後に再度同一事業所において、通所リハビリテーションを利用することとなれば、必要な期間の減算が再開されることとなる。

【例】

| | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | |
|-------|---------------|----|-----|---------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| 状況 | 通所リハ | | | | | | | 入院 | → | | | | | |
| | 生活行為向上リハ加算(イ) | | | 生活行為向上リハ加算(ロ) | | | | | | | | | | |
| 減算適用月 | | | | | | | ● | | ● | ● | ● | ● | ● | |

また、生活行為向上リハビリテーション実施加算と、それに関連する減算については、一体的に運用がされているものであることから、当該加算は減算の終了後に再取得が可能となる。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

| | |
|----------|--------------|
| 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 |

令和 3 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分 * 10）
「縦覧点検出力事由」欄
通所リハ生活行為向上リハ加算が6ヶ月超継続している可能性があります

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」「単独」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 | 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 かこ'知 | R3.10 | 16 6257 通所リハ生活行為向上リハ加算 | 1 | 通所リハ生活行為向上リハ加算が6ヶ月超継続している可能性があります | R3.4 | 507000001 サービス事業所 〇 1 | 99-9999-9999 | 16 6257 通所リハ生活行為向上リハ加算 | 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。 | | | | | | | 過誤 | | | | | |
| | 確認の観点 | リハビリテーション実施日が利用条件（同意日の属する月から6月以内）を満たしているか | | | | | | する ・ しない | | | | | |

又は

| | |
|---|----------------|
| (確認調整結果記入欄) | 過誤 |
| 〇月〇日 疾病等により生活機能が低下し、医師がリハビリテーションの必要性を認めたため | する ・ しない |

加算を算定している理由を記入して下さい。

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 | 事業所形態 | |
| 事業所名 | サービス事業所 〇 1 | | |

令和 3 年 10 月 提供分

令和〇年 〇月 〇日
〇〇県国民健康保険団体連合会

| 縦覧点検 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 形態 | 機式 番号 | 入所(仮) 年月日※1 | 退所(仮) 年月日※2 | 現物/ 標準 | 縦覧 区分 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は個別番号※3 | サービス名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 摘要欄 | 国民健康保険 | | | | 備考 | | | | |
|--------------|--------------|-------------|------------|--------|-------------|--------------|--------|------------|-------------|-----------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|----------------|-----------|-------|-----|----------|--------------------------|------------|-------------------|----|-----------------------|-------------------|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | 被保険者証 番号 | 宛名番号 | 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 (開始年月日) | | |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かこ'知 | 22 | R03.04 | R03.05 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 2 | | | 現物 | *10 | 11 | 16-6257 | 通所リハ生活行為向上リハ加算 | 1 | 1,250 | | 00501001 | 0000000000 0008000005 | 0000800005 | | | | | | |
| | 1 | 501001 | 0000000001 | かこ'知 | 22 | R03.10 | R03.11 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 2 | | | 現物 | *10 | 11 | 16-6257 | 通所リハ生活行為向上リハ加算 | 1 | 1,250 | | 00501001 | 0000000000 0008000005 | 0000800005 | | | | | | |

内容・・通所リハ生活行為向上リハ加算が6ヶ月を超えた期間に算定しています

対象サービス・・通所リハ生活行為向上リハ加算

報酬算定上の制限

- ・・利用を開始した日の属する月から6月以内の場合に算定が可能なサービスです。
また、以下のような場合も算定が認められます。

令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 5)

(問6)

生活行為向上リハビリテーション実施加算は、リハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から6月以内の場合に算定可能とされているが、再度同加算を算定することは可能か。

(答)

疾病等により生活機能が低下（通所リハビリテーション計画の直近の見直し時と比較して、ADLの評価である Barthel Index 又は I ADL の評価である Frenchay Activities Index の値が低下したものに限り）し、医師が生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーションの必要性を認めた場合、改めてリハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した場合は、新たに6月以内の算定が可能である。

- 対応・・①過去6ヶ月前に通所リハ生活行為向上リハ加算の請求があるが、加算を算定している理由を確認して下さい。確認した結果、正当な理由であ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○をつけて返送して下さい。
- ②確認した結果、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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

平成 27 年 10 月縦覧審査分

| | |
|----------|---------------------|
| 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 |

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分＊12）
 「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

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」「単独」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 | 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 かこ 知ゆ | H27. 4 | 43 居宅支援退 院退所加算 I 1 | 6132 | 1 | 介護保険施設を退所した実績 がありません | H27. 3 | ***** ***** | ***** ***** | 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 | | | | | |
| | 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 | | | | | | | 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 〇月〇日～〇月〇日 40日間 | する ・ しない |

施設名称・入所期間を記入して下さい。

又は

| | |
|------------------------|----------------|
| (確認調整結果記入欄) | 過誤 |
| 国保病院 〇月〇日～〇月〇日 40日間 | する ・ しない |

医療機関名称・入院期間を記入して下さい。

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 〇 1 | | |

平成 30年 4月 提供分

平成〇年〇月〇日
〇〇県国民健康保険団体連合会

縦覧区分
 *01「貸与開始月」*02「入所(居)日・入院日から」*03「入所(院)中・退所(院)後30日以内」*04「退所(院)につき」*05「最大連続入所日数」
 *08「退所(院)につき(入所期間1月超、退所(院)につき又は1月につき(試行的退所(院)時)」*09「新規計画作成時等」*10「短期集中リハ加算」*11「死亡日前」*12「入所(院)中」
 *13「退所(居)日から2週間以内」*14「サービス提供開始後2月」*15「小規模多機能型に対する情報提供」*16「退院退所加算」*17「協力医療機関等への情報提供」
 *18「退所(院)後30日以内」*19「サービス提供開始後6月」*20「入所期間3月を超える場合の利用可能期間(月)」*21「3月につき」*22「6月につき」*23「再入所につき」
 *61「特定診療費「初期入院診療管理」」*62「特定診療費「リハビリ」加算等」

| 基本情報 | | | | | | | | | | 明細 / 特定情報 | | | | | | | | | | 国民健康保険 | | | 後期高齢者 | | 認定有効期間 | 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(院) 年月日※1 | 退所(院) 年月日※2 | 現物/ 償還 | 縦覧 区分 | 縦覧 整理番号 | 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 | 宛番号 | 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) | |
| | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | 〇〇〇 〇〇〇 | 24 | H30.03 | H30.04 | ***** | ***** | | 10 | H30.03.01 | | 現物 | +12 | 02 | 53 | 介護医療施設 | | | | | | | 50100001 | 0000000001 | | |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | 〇〇〇 〇〇〇 | 24 | H30.04 | H30.05 | 5070000001 | 支援事業所 〇 1 | | 7 | | | 現物 | +12 | 02 | 43-6132 | 居宅支援退院退所加算 I 1 | 1 | 450 | | | | | 50100001 | 0000000001 | | |

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 |
|---------|---------|-----------------|
| 4 3 | 6 1 3 2 | 居宅支援退院退所加算 I 1 |
| 4 3 | 6 1 4 3 | 居宅支援退院退所加算 I 2 |
| 4 3 | 6 1 4 4 | 居宅支援退院退所加算 II 1 |
| 4 3 | 6 1 4 5 | 居宅支援退院退所加算 II 2 |
| 4 3 | 6 1 4 6 | 居宅支援退院退所加算 III |

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。

- 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下さい。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」に〇をつけて返送して下さい。
 - 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下さい。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」に〇をつけて返送して下さい。
 - 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」に〇をつけて国保連へ返送して下さい。

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＊12）
 「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

| | |
|----------|--------------|
| 事業所番号 | 5070000001 |
| 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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに○をつけて平成□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 かこ 知 | H27.4 | 43 6132 居宅支援退 院退所加算 I1 | 1 | 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） 請求誤りのため過誤 | | | | | | | 過誤 | | | | |
| | 確認の観点 | 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
記入して下さい。

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01 | | |

平成 30 年 4 月 提供分

縦覧区分
 ＊01「算定期間開始月」＊02「入所（居）日・入院日から」＊03「入所（居）中・退所（院）後30日以内」＊04「退所（院）につき」＊05「最大連続入所日数」
 ＊06「退所（院）につき（入所期間1月超）退所（院）につき又は1月につき（試行的退所（院）時）」＊09「新規計画作成時等」＊10「短期集中リハ加算」＊11「死亡日前」＊12「入所（院）中」
 ＊13「退所（居）日から2週間以内」＊14「サービス提供開始後2月」＊15「小規模多機能型に対する情報提供」＊16「退院退所加算」＊17「協力医療機関等への情報提供」
 ＊18「退所（院）後30日以内」＊19「サービス提供開始後6月」＊20「入所期間3月を超える場合の利用可能期間（月）」＊21「3月につき」＊22「6月につき」＊23「再入所につき」
 ＊61「特定診療費「初期入院診療管理」＊62「特定診療費（リハ）加算等」

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（居） 年月日※1 | 退所（院） 年月日※2 | 現物/ 償還 | 縦覧 区分 | 縦覧 数値番号 | サービス 又は識別番号※3 | サービス名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 機要欄 | 国民健康保険 | | | 備考 | | |
|-------------|--------------|-------------|------------|--------|-------------|--------------|--------|------------|---------|-----------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|--------------|-----------|-----|-----|--------|-------------|----------|------------|--|----------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | 被保険者証番 号 | 宛名番号 | | | |
| 1 | 501001 | 保険者01 | 0000000001 | かこ 知 | 24 | H30.04 | H30.05 | 5070000001 | 支援事業所01 | | 7 | | | 現物 | +2 | 03 | 43-6132 | 居宅支援退院退所加算I1 | 1 | 450 | | | | 50100001 | 0000000001 | | 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

対象サービス・・・

| サービスコード | | サービス略称 |
|---------|------|---------------|
| 43 | 6132 | 居宅支援退院退所加算Ⅰ 1 |
| 43 | 6143 | 居宅支援退院退所加算Ⅰ 2 |
| 43 | 6144 | 居宅支援退院退所加算Ⅱ 1 |
| 43 | 6145 | 居宅支援退院退所加算Ⅱ 2 |
| 43 | 6146 | 居宅支援退院退所加算Ⅲ |

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。

- 対応・・・①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下さい。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○をつけて返送して下さい。
- 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下さい。

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 | 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 27 年 10 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下さい。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分＊12）
 「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を算定しています

□□県国民健康保険団体連合会

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」「単独」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。

| 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 かこ 夕ゆ | H27. 4 | 43 6132 居宅支援退 院退所加算 I 1 | 1 | 施設入所時に在宅入所相互利用加算を算定しています | H27. 3 | ***** ***** | ***** ***** | 51 6279 福祉施設在 宅入所相互 利用加算 | 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 〇月〇日～〇月〇日 40日間 | (確認調整結果記入欄) 過誤 する ・ しない |
|---------------------------------------|-------------------------------------|

医療機関名称・入院期間を記入して下さい。

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 | 支援事業所〇1 | | |

平成 30年 4月 提供分

平成〇年〇月〇日
〇〇県国民健康保険団体連合会

縦覧区分
 ＊01「算与開始月」＊02「入所（院）日・入院日から」＊03「入所（院）中・退所（院）後30日以内」＊04「退所（院）につき」＊05「最大連続入所日数」
 ＊08「退所（院）につき（入所期間1月超）、退所（院）につき又は1月につき（試行的退所（院）時）」＊09「新規計画作成時等」＊10「短期集中リハ加算」＊11「死亡日前」＊12「入所（院）中」
 ＊13「退所（院）日から2週間以内」＊14「サービス提供開始後2月」＊15「小規模多機能型に対する情報提供」＊16「退院退所加算」＊17「協力医療機関等への情報提供」
 ＊18「退所（院）後30日以内」＊19「サービス提供開始後6月」＊20「入所期間3月を超える場合の利用可能期間（月）」＊21「3月につき」＊22「6月につき」＊23「再入所につき」
 ＊61「特定診療費（初期入院診療管理）」＊62「特定診療費（リハビリ加算等）」

| 基 本 情 報 | | | | | | | | | | 明 細 / 特 定 情 報 | | | | | | | | | | 国民健康保険 | | | 後期高齢者 | | 認定有効期間 | 備考 | | |
|-------------|--------------|-------------|-----------|--------|-------------|--------------|--------|-----------|---------|---------------|----------|----------------|----------------|----------|----------|------------|------------------|----------------|----------|--------|-----|-------|-------------|------|------------------|-----------------------|-------------------|--|
| 縦覧典 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 | 算定年月 | 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 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は識別番号※3 | サービス 名称 | 回数 回数 | 単位数 | 携家機 | 保険者番号 | 被保険者証番 号 | 姓名番号 | 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） | |
| | 501001 | 保険者〇1 | 000000001 | 〇1 〇1 | 24 | H30.03 | H30.04 | ***** | ***** | | 8 | H30.01.01 | H30.03.25 | 現物 | +12 | 04 | 51-6279 | 福祉施設在宅入所相互利用加算 | 2 | 40 | | | | | 50100001 | 000000001 | | |
| 1 | 501001 | 保険者〇1 | 000000001 | 〇1 〇1 | 24 | H30.04 | H30.05 | 507000001 | 支援事業所〇1 | | 7 | | | 現物 | +12 | 04 | 43-6132 | 居宅支援退院退所加算Ⅰ1 | 1 | 450 | | | | | 50100001 | 000000001 | | |

内容・・施設入所時に在宅入所相互利用加算を算定しています

対象サービス・・

| サービスコード | | サービス略称 |
|---------|---------|--------------|
| 4 3 | 6 1 3 2 | 居宅支援退院退所加算Ⅰ1 |
| 4 3 | 6 1 4 3 | 居宅支援退院退所加算Ⅰ2 |
| 4 3 | 6 1 4 4 | 居宅支援退院退所加算Ⅱ1 |
| 4 3 | 6 1 4 5 | 居宅支援退院退所加算Ⅱ2 |
| 4 3 | 6 1 4 6 | 居宅支援退院退所加算Ⅲ |

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。

- 対応・・①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下さい。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」に〇をつけて返送して下さい。
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」に〇をつけて国保連へ返送して下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

平成 27 年 10 月縦覧審査分

| | |
|----------|--------------|
| 事業所番号 | 507000001 |
| 事業所名 | 支援事業所 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下さい。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分＊12）
 「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

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」「単独」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 | 000000001 カゴ 夕ゆ | H27. 4 | 43 6132 居宅支援退 院退所加算 I 1 | 1 | 施設退所後既に居宅サービス 計画費を算定しています | H27. 3 | ***** ***** | ***** ***** | 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 | H27. 3 | 507000001 支援事業所 0 1 | 99-9999-9999 | 43 居宅介護支 援 | |
| | 確認の 観点 | 病院又は診療所への入院があるか | | | | | | (確認調整結果記入欄) 医療機関名称・入院期間を 記入して下さい。 | | | | | |

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 |
|---------------------------------------|----------------------|

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 〇 1 | | |

平成 30年 4月 提供分

平成〇年〇月〇日
〇〇県国民健康保険団体連合会

縦覧区分
 * 〇1「貸与開始月」* 〇2「入所(居)日・入院日から」* 〇3「入所(院)中・退所(院)後30日以内」* 〇4「退所(院)につき」* 〇5「最大連続入所日数」
 * 〇8「退所(院)につき(入所期間1月超、退所(院)につき又は1月につき(試行的退所(院)時)」* 〇9「新規計画作成時等」* 10「短期集中リハ加算」* 11「死亡日前」* 12「入所(院)中」
 * 13「退所(居)日から2週間以内」* 14「サービス提供開始後2月」* 15「小規模多機能型に対する情報提供」* 16「退院退所加算」* 17「協力医療機関等への情報提供」
 * 18「退所(院)後30日以内」* 19「サービス提供開始後6月」* 20「入所期間3月を超える場合の利用可能期間(月)」* 21「3月につき」* 22「6月につき」* 23「再入所につき」
 * 61「特定診療費「初期入院診療管理」」* 62「特定診療費「リハビリ加算等」」

| 基 本 情 報 | | | | | | | | | | 明 細 / 特 定 情 報 | | | | | | | | | | 国 民 健 康 保 険 | | | 後 期 高 齢 者 保 険 者 番 号 | | 認 定 有 効 期 間 (開 始 年 月 日) | | 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 番号 | 入所(院) 年月日※1 | 退所(院) 年月日※2 | 現物/ 償還 | 縦覧 区分 | 縦覧 整理番号 | 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 | 氏名番号 | 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 (開始年月日) | 備考 |
| | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | 〇13 〇19 | 24 | H30.03 | H30.04 | 5070000001 | 支援事業所 〇 1 | | 7 | | 現物 | +12 | 05 | 43 | 居宅介護支援 | | | | | | | 50100001 | 0000000001 | | |
| | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | 〇13 〇19 | 24 | H30.03 | H30.04 | ***** | ***** | | 8 | H30.01.01 | H30.03.25 | 現物 | +12 | 05 | 51 | 介護福祉施設 | | | | | | 50100001 | 0000000001 | | |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | 〇13 〇19 | 24 | H30.04 | H30.05 | 5070000001 | 支援事業所 〇 1 | | 7 | | 現物 | +12 | 05 | 43-6132 | 居宅支援退院退所加算 I 1 | 1 | 450 | | | | | 50100001 | 0000000001 | | |

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

対象サービス・・・

| サービスコード | | サービス略称 |
|---------|---------|-----------------|
| 4 3 | 6 1 3 2 | 居宅支援退院退所加算 I 1 |
| 4 3 | 6 1 4 3 | 居宅支援退院退所加算 I 2 |
| 4 3 | 6 1 4 4 | 居宅支援退院退所加算 II 1 |
| 4 3 | 6 1 4 5 | 居宅支援退院退所加算 II 2 |
| 4 3 | 6 1 4 6 | 居宅支援退院退所加算 III |

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。

- 対応・・・①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下さい。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」に〇をつけて返送して下さい。
- 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」に〇をつけて国保連へ返送して下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

| | |
|----------|--------------|
| 事業所番号 | 5060000001 |
| 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 |

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分 * 20）
 「縦覧点検出力事由」欄
 入所日から3ヶ月超の場合に請求している可能性があります

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」「単独」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 かこ 〇 〇 | H27. 8 | 51 6279 | 1 | 福祉施設在宅入所相互利用加算 | 入所日から3ヶ月超の場合に請求している可能性があります | | | | | | |
| | 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 | | 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 |
| 加算の算定期間 〇月〇日～〇月〇日 | する ・ しない |

加算の算定期間を記入して下さい。

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 | 5060000001 | 事業所状態 | |
| 事業所名 | サービス事業所 〇 1 | | |

平成 27 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 | | | | | | | | |
|-------------|--------------|-------------|------------|--------|-------------|--------------|---------|------------|-------------|---------------|----------|------------------|------------------|-----------|----------|------------|-------------------|----------------|-----------|--------|-----|-------|-------------|------|-------------------|------------------------|-------------------|----|
| 請求書 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 (給) 年月日※ 1 | 退所 (給) 年月日※ 2 | 現物/ 償還 | 縦覧 区分 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は識別番号※ 3 | サービス名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 調整額 | 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) | 備考 |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かこ 〇 〇 | 24 | H27. 08 | H27. 09 | 5060000001 | サービス事業所 〇 1 | | 8 | H27. 05. 15 | | 現物 | +20 | 01 | 51-6279 | 福祉施設在宅入所相互利用加算 | 30 | 40 | | | | | | | | |

内容・・・入所日から3ヶ月を超えて請求している可能性があります

対象サービス

| サービスコード | | サービス略称 |
|---------|---------|-----------------|
| 5 1 | 6 2 7 9 | 福祉施設在宅入所相互利用加算 |
| 5 4 | 6 2 7 9 | 地福祉施設在宅入所相互利用加算 |

報酬算定上の制限

・・・入所年月日から3月内に算定できるサービスです。

対応・・・①加算を算定した期間を確認して下さい。確認した結果、入所年月日から3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、加算の算定期間を記入し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。
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下さい。

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下さい。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分＊21）
 「縦覧点検出力事由」欄
 過去2ヶ月以内に生活機能向上連携加算Ⅰを算定しています（通所介護）

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」「単独」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 かこたゆ | R3.8 | 15 4001 通所介護生活機能向上連携加算Ⅰ | 1 | 過去2ヶ月以内に生活機能向上連携加算Ⅰを算定していません | R3.7 | 5070000001 サービス事業所01 | 99-9999-9999 | 15 4001 通所介護生活機能向上連携加算Ⅰ | 1 |
| | 確認の観点 | 個別機能訓練計画を見直した場合か | | （確認調整結果記入欄） 請求誤りのため過誤 | | | 過誤 <input checked="" type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> 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。 | | | | | | | | | | | |

又は

| | |
|--|--|
| （確認調整結果記入欄） ○月○日 個別機能訓練計画を見直した日 利用者の急性増悪等により個別機能訓練計画を見直しが必要と判断したため | 過誤 する ・ <input checked="" type="checkbox"/> しない |
|--|--|

個別機能訓練計画を見直した理由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 | | |

令和3年8月 提供分

令和〇年〇月〇日
 □〇県国民健康保険団体連合会

| 縦覧表 列記番号 | 経記帳 保険者番号 | 経記帳 保険者名 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 基 本 情 報 | | | 事業所名称 | 事業所 状態 | 様式 番号 | 入所（初） 年月日※1 | 退所（初） 年月日※2 | 現物/ 償還 | 留監 区分 | 留監 整理番号 | サービス 又は留監番号※3 | 明 細 / 特 定 情 報 | | | 国民健康保険 | | | | 備考 | | | |
|-------------|--------------|-------------|------------|--------|-------------|--------------|--------|------------|-----------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|---------------|---------------------|-----|--------|-------|-------------|------|----|------------------|----------------------|-------------------|
| | | | | | 要介護 状態区分 | サービス 提供年月 | 要査年月 | | | | | | | | | | 事業所番号 | 日数/ 回数 | 単位数 | 措置種 | 保険者番号 | 留監者証書 番号 | 宛名番号 | | 後期高齢者 保険者番号※4 | 後期高齢者 保険者番号 ※4 | 認定有効期間 （開始年月日） |
| | 501001 | 保険者〇1 | 0000000001 | か1知2 | 21 | R03.07 | R03.08 | 5070000001 | サービス事業所〇1 | | 2 | | | 現物 | *21 | 08 | 15-4001 | 通所介護生活機能向上連携加算 I | 1 | 100 | | | | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者〇1 | 0000000001 | か1知2 | 21 | R03.08 | R03.09 | 5070000001 | サービス事業所〇1 | | 2 | | | 現物 | *21 | 09 | 15-4001 | 通所介護生活機能向上連携加算 I | 1 | 100 | | | | | | | |

内容・・利用者の急性増悪等により個別機能訓練計画を見直していないが、通所介護生活機能向上連携加算を3月間に2回算定している可能性があります

対象サービス

- ・・通所介護

報酬算定上の制限

- ・・利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回しか算定できません。

対応・・①通所介護生活機能向上連携加算を2ヶ月以内に再度算定し直した理由が、利用者の急性増悪等により個別機能訓練計画を見直していることであるか確認して下さい。確認した結果、個別機能訓練計画を見直している場合は理由を記入し、「過誤しない」に〇をつけて返送して下さい。

②確認した結果、請求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下さい。

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 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下さい。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分＊21）
 「縦覧点検出力事由」欄
 過去2ヶ月以内に生活機能向上連携加算 I を算定しています（短期入所生活介護）

□□県国民健康保険団体連合会

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」「単独」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 〇 1 | 0000000001 かこ 〇 〇 〇 | R3.8 | 21 4001 短期生活機能向上連携加算 I | 1 | 過去2ヶ月以内に生活機能向上連携加算 I を算定しています | R3.7 | 5070000001 サービス事業所 〇 1 | 99-9999-9999 | 21 4001 短期生活機能向上連携加算 I | 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 | 個別機能訓練計画を見直した場合か | | | | | | | する ・ しない | | | | |

又は

| | |
|--|----------------------|
| (確認調整結果記入欄) ○月○日 個別機能訓練計画を見直した日 利用者の急性増悪等により個別機能訓練計画を見直しが必要と判断したため | 過誤 する ・ しない |
|--|----------------------|

個別機能訓練計画を見直した理由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01

令和3年8月 提供分

令和〇年〇月〇日
 □□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 | | 認定有効期間 | 備考 | | | | | | | |
|-------------|--------------|-------------|------------|--------|-------------|--------------|--------|------------|-----------|---------------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|---------------|-----------|-------|-----|--------|-------------|------|------------------|----------------------|-------------------|----|--|--|
| 縦覧表 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 | 増式 番号 | 入所（保） 年月日※1 | 退所（保） 年月日※2 | 現物/ 償還 | 縮短 区分 | 縮短 整理番号 | サービス 又は課別番号※3 | サービス名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 標準額 | 保険者番号 | 被保険者証番 号 | 宛名番号 | 後期高齢者 保険者番号※4 | 後期高齢者 保険者番号 ※4 | 認定有効期間 （開始年月日） | 備考 | | |
| | 501001 | 保険者01 | 0000000001 | 〇〇〇〇 | 21 | R03-07 | R03-08 | 5070000001 | サービス事業所01 | | 8 | R03-07-10 | | 現物 | *21 | 04 | 21-4001 | 短期生活機能向上連携加算I | 1 | 100 | | | | | | | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者01 | 0000000001 | 〇〇〇〇 | 21 | R03-08 | R03-09 | 5070000001 | サービス事業所01 | | 8 | R03-07-10 | | 現物 | *21 | 04 | 21-4001 | 短期生活機能向上連携加算I | 1 | 100 | | | | | | | | | | |

内容・・利用者の急性増悪等により個別機能訓練計画を見直していないが、短期生活機能向上連携加算を3月間に2回算定している可能性があります

対象サービス

- ・ 短期入所生活介護

報酬算定上の制限

- ・ 利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回しか算定できません。

対応・・①短期生活機能向上連携加算を2ヶ月以内に再度算定し直した理由が、利用者の急性増悪等により個別機能訓練計画を見直していることであるか確認して下さい。確認した結果、個別機能訓練計画を見直している場合は理由を記入し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。
 ②確認した結果、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下さい。

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 27 年 10 月 縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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 かこ 太郎 | H27. 4 | 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 | H27. 3 | 5070000001 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。 請求誤りのため過誤 | | | | | | | 過誤 | | | | | |
| | 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 | | | | | |

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
ランクを記入して下さい。

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 27 年 4 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 | | 認定有効期間 | 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(院) 年月日※1 | 退所(院) 年月日※2 | 現物/ 償還 | 縦覧 区分 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は識別番号※3 | サービス名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 備要欄 | 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) | | |
| | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かこ 太郎 | 24 | H27. 03 | H27. 04 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 10 | H27. 3. 1 | H27. 3. 20 | 現物 | +61 | 01 | 53 | 介護医療施設 | | | | | | | | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かこ 太郎 | 24 | H27. 04 | H27. 05 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 10 | H27. 4. 1 | | 現物 | +61 | 01 | #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、Mの者は過去1ヶ月以内。）

- 対応・・①認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上か確認して下さい。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○をつけて返送して下さい。
- 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下さい。

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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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 かこ 太郎 | H27.4 | 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 | H27.3 | 5070000001 サービス事業所01 | 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
記入して下さい。

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
記入して下さい。

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 27年 4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 | | 認定有効期間 | 備考 | | |
|------------|--------------|-------------|------------|--------|-------------|--------------|--------|------------|-------------|---------------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|--------------|-----------|--------|-----|-------|-------------|------|------------------|-----------------------|-------------------|--|
| 種別 対心番号 | 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 提供毎月 | 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 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は識別番号※3 | サービス名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 換算欄 | 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) | |
| | 501001 | 保険者 0 1 | 0000000001 | ㏃'㏃'㏃' | 24 | H27.03 | H27.04 | 5070000001 | サービス事業所 0 1 | | 5 | H27.3.25 | | 現物 | +62 | 01 | #20 | 理学療法リハビリ計画加算 | 1 | 480 | | | | | | | H26.1.1 | |
| 1 | 501001 | 保険者 0 1 | 0000000001 | ㏃'㏃'㏃' | 24 | H27.04 | H27.05 | 5070000001 | サービス事業所 0 1 | | 5 | H27.3.25 | | 現物 | +62 | 01 | #20 | 理学療法リハビリ計画加算 | 1 | 480 | | | | | | | H26.1.1 | |

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。

- 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下さい。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○をつけて返送して下さい。
- ②再認定を受けている場合か確認して下さい。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○をつけて返送して下さい。
- 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下さい。

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
 入所日から過去3ヶ月以内に同じ施設に入所しています

| | |
|----------|--------------|
| 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 |

平成 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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 かいのたう | H27.4 | 53 @52 短期集中リハビリ加算 | 1 | 入所日から過去3ヶ月以内に同じ施設に入所しています | H27.3 | 507000001 サービス事業所01 | 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。 請求誤りのため過誤 | | | | | | 過誤 | | | | | |
| | 確認の観点 | 再入所しているか、又は、利用者の自己都合（体調悪化）等やむを得ず算定要件が満たせなくなった場合か | | | | | | する ・ しない | | | | | |

又は

| | |
|--|----------------------|
| (確認調整結果記入欄) 国保病院入院 入院期間 ○月○日～○月○日 再入所日 ○月○日 | 過誤 する ・ しない |
|--|----------------------|

施設／医療機関名、入院期間、再入所日を記入して下さい。

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 27 年 4 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 | 縦覧 回数 | サービス 又は識別番号※3 | サービス名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 調整額 | 国民健康保険 | | | 備考 | | | |
|-------------|--------------|-------------|-----------|--------|-------------|--------------|--------|-----------|-----------|-----------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|----------|------------------|------------|-----------|-----|-----|--------|-------------|------|----|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | 被保険者証番 号 | 個人番号 | | | | |
| | 501001 | 保険者01 | 000000001 | かいのたう | 24 | H27.03 | H27.04 | 507000001 | サービス事業所01 | | 10 | H27.3.1 | H27.3.25 | 現物 | +62 | 02 | 53 | 介護医療施設 | | | | | | | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者01 | 000000001 | かいのたう | 24 | H27.04 | H27.05 | 507000001 | サービス事業所01 | | 10 | H27.4.5 | | 現物 | +62 | 02 | @52 | 短期集中リハビリ加算 | 1 | 240 | | | | | | | | |

内容・・・入所日から過去3ヶ月以内に同じ施設に入所しています

対象サービス・・・

| 区分 | 識別番号 | 特定診療費略称 | サービス利用条件 |
|-------|------|------------|----------------------------|
| 特定診療費 | 52 | 短期集中リハビリ加算 | 入院（所）日から3月以内（過去3月の入院（所）なし） |
| 特別診療費 | 52 | 短期集中リハビリ加算 | 入院（所）日から3月以内（過去3月の入院（所）なし） |

報酬算定上の制限

・・・過去3ヶ月間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。

対応・・・①別の施設・医療機関に入所（院）した後、同じ施設に再入所した場合か確認して下さい。確認した結果、再入所であることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に、施設名／医療機関名、入院期間を記入し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。
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下さい。

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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

「対象帳票」欄＝算定（縦覧区分 * 62）
 「縦覧点検出力事由」欄
 過去3ヶ月以内に認知症短期集中リハ加算を算定
 しています

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」「単独」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 かこ 太郎 | H27. 4 | 53 @55 認知症短期 集中リハビリ 加算 | 1 | 過去3ヶ月以内に認知症短期 集中リハ加算を算定していま す | H27. 3 | ***** ***** | ***** ***** | 53 @55 認知症短期 集中リハビリ 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。 | | | | | | | 過誤 | | | | | |
| | 確認の 観点 | 利用者の自己都合（体調悪化）等やむを得ず算定 要件が満たせなくなった場合か | | | | | | する ・ しない | | | | | |

又は

| | |
|--|----------------|
| (確認調整結果記入欄) | 過誤 |
| 〇月〇日～〇月〇日 脳血管疾患のため入院 認知症リハが必要と医師が判断したため | する ・ しない |

加算を算定している理由を記入して下さい。

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 27 年 4 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 | 基 本 情 報 | | | | 明 細 / 特 定 情 報 | | | | | | | | | | 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 | 縦覧 整理番号 | 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 | 認定有効期間 (開始年月日) | | | |
| | 501001 | 保険者〇1 | 0000000001 | かこ 太郎 | 24 | H27. 03 | H27. 04 | ***** | ***** | | 10 | H27. 3. 1 | H27. 3. 25 | 現物 | +62 | 03 | #55 | 認知症短期集中リハビリ加算 | 1 | 240 | | | | | | | | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者〇1 | 0000000001 | かこ 太郎 | 24 | H27. 04 | H27. 05 | 5070000001 | サービス事業所〇1 | | 10 | H27. 4. 5 | | 現物 | +62 | 03 | #55 | 認知症短期集中リハビリ加算 | 1 | 240 | | | | | | | | | | | |

内容・・・過去3ヶ月以内に認知症短期集中リハ加算を算定しています

対象サービス・・・

| 区分 | 識別番号 | 特定診療費略称 | サービス利用条件 |
|-------|------|---------------|-------------------------|
| 特定診療費 | 55 | 認知症短期集中リハビリ加算 | 入院(所)日から3月以内(過去3月の算定なし) |
| 特別診療費 | 55 | 認知症短期集中リハビリ加算 | 入院(所)日から3月以内(過去3月の算定なし) |

報酬算定上の制限

- ・・・利用者が過去3ヶ月以内に認知症短期集中リハ加算を算定している場合は、算定できない加算です。

ただし、以下のような場合には、算定が認められます。

| |
|--|
| 平成21年4月改定関係Q & A (Vol. 2) (問42) 認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能に直接影響を与える疾患を来し、その急性期の治療のために入院となった場合の退院後の取扱い如何。 (答) 認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能低下を来す中枢神経疾患を発症、その急性期に治療のために入院し、治療終了後も入院の原因となった疾患の発症前と比し認知機能が悪化しており、認知症短期集中リハビリテーションの必要性が認められる場合に限り、入院前に利用していたサービス、事業所に関わらず、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては入所(院)した日から起算して新たに3月、通所リハビリテーションにおいては利用開始日から起算して3月以内限り算定できる。 |
|--|

- 対応・・・①過去3ヶ月間に同一の加算の請求があるが、加算を算定している理由を確認して下さい。確認した結果、正当な理由であ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○をつけて返送して下さい。
- 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下さい。

重 複

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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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01 | 0000000001 かこ 知 | H27.4 | 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 | H27.4 | ***** | ***** | 52 介護保健施設 | 28 |
| | (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 | | | | |
| | 確認の 観点 | いずれの請求が誤りか | | | | | | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> する ・ しない </div> | | | | |

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 |
| | | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> する ・ しない </div> |

「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下さい。

又は

居宅介護支援
介護予防支援の
サービスの場合

| | | |
|---|--|--|
| (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02 10日 5070000003 事業所03 30日 | | 過誤 |
| | | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> する ・ しない </div> |

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下さい。

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27年 4月 提供分

平成〇年〇月〇日

〇〇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 | 種別 区分 | 種別 整理番号 | サービス | サービス名 | 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 | 〇〇〇 〇〇〇 | H27.04 | H27.05 | 507000001 | サービス事業所 0 1 | | 507000002 | 支援事業所 0 2 | 2 | | | 8 | 32 | 現物 | *01 | 02 | 14 | 訪問リハビリ | | | 2.416 | |
| | 501001 | 保険者 0 1 | 000000001 | 〇〇〇 〇〇〇 | H27.04 | H27.05 | ***** | ***** | | | | 9 | H27.4.6 | | 25 | | 現物 | *01 | 02 | 52 | 介護保健施設 | | | 17.375 | |

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

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」に記入して下さい。（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下さい。
 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下さい。（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下さい。
 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下さい。
 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下さい。（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 1 1 ページをコピーしてご利用下さい。
- 「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下さい。

■ 「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 |
| 27 | 特定施設生活短期 | 短期入所 |
| 28 | 地域特定施設短期 | 短期入所 |
| 2A | 短期入所医療院 | 短期入所 |
| 2B | 予防短期医療院 | 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 |
| 38 | 認知症型短期 | 短期入所 |
| | 予防認知症型短期 | 短期入所 |

| サービス | | 記入例 |
|------|----------|------|
| 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 |
| 55 | 介護医療院 | 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 |
| 68 | 小規模多機能短期 | 居宅 |
| 69 | 予防小規模短期 | 居宅 |
| 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 |
| 76 | 定期巡回随時対応 | 居宅 |
| 77 | 複合型看護小規模 | 居宅 |
| 78 | 地域通所介護 | 居宅 |
| 79 | 複合型看小短期 | 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下さい

<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 ・単独 | 501001 | 0000000001 | H27年4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○をつけて下さい

「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下さい

<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 ・単独 | 501001 保険者01 | 0000000001 カイゴタロウ | H27年4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) を記入して下さい

福祉用具を貸与した時間帯に○をつけて下さい

<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 ・単独 | 501001 保険者01 | 0000000001 カイゴタロウ | H27年4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○をつけて下さい。
入所日には「入」、退所日には「退」と記入して下さい

「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下さい

<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 ・単独 | 501001 保険者01 | 0000000001 カイゴタロウ | H27年4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○をつけて下さい。
入所日には「入」、退所日には「退」、外泊日には「外」と記入して下さい

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＊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 | 5010000001 |
| 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下さい。

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」「単独」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 | 0000000001 かこ太郎 | R3.4 | 31 薬剤師居宅療養 I 1 | 1221 | 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） | R3.4 | ***** ***** | ***** ***** | 31 1221 | 1221 | 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 | | | | | |
| | 確認の観点 | 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

| | |
|--------------|----------------|
| (確認調整結果記入欄) | 過誤 |
| 算定日 4月1日、10日 | する ・ しない |

居宅療養管理指導の算定日を記入して下さい。

重複請求縦覧チェック一覧表（請求事業所）

| 事業所番号 | | 5010000001 | | 事業所状態 | | | | 令和〇年〇月〇日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|----------|------------|------------|--------|----------|--------|------------|-------------|-------|---------|---------|------|------------------|-------------|-------------|----------------|-------|------|--------|---------|-------------|-----------|-------------|-------------|----|
| 事業所名 | | 医療機関〇1 | | | | | | 令和3年 4月 提供分 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □□県国民健康保険団体連合会 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 縦覧点検番号 | 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※④ | 受給可能 日数※2※⑤ | 現物/償還 | 縦覧区分 | 縦覧整理番号 | 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 | 0000000001 | かこ太郎 | R03.04 | R03.05 | 5010000001 | 医療機関〇1 | | | | 2 | | | | | 現物 | ※02 | 02 | 31-1221 | 薬剤師居宅療養 I 1 | 565 | 2 | 1,130 | |
| | 501001 | 保険者〇1 | 0000000001 | かこ太郎 | R03.04 | R03.05 | ***** | ***** | | | | 2 | | | | | 現物 | ※02 | 02 | 31-1221 | 薬剤師居宅療養 I 1 | 565 | 2 | 1,130 | |

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

・・1人の利用者に対する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 |
| 薬局の薬剤師 | 月4回 (がん末期患者及び中心静脈栄養を受けている者のみ月8回) |
| 管理栄養士 | 月2回 |
| 歯科衛生士 | 月4回 |

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下さい。

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下さい。

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○をつけて返送して下さい。(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（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27年10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下さい。

「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

□□県国民健康保険団体連合会

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」「単独」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。

| 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 | H27.4 | 13 3100 緊急時訪問 看護加算1 | 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 | H27.4 | ***** ***** | ***** ***** | 13 3200 緊急時訪問 看護加算2 | 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。 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） 算定日 4月10日 | 過誤 する ・ しない |
|--------------------------|----------------------|

加算の算定日を記入して下さい。

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 | | | | 平成〇年〇月〇日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------|--------------|------------|------------|--------------|-------|-----------|----------------|-----------|-------------|-------------|----------|------------------|-------------|-------------|----------------|-----------|----------|------------|---------|------------|-----------|-------------|-------------|----|
| 事業所名 | | 訪問看護ステーション〇1 | | | | | | □□県国民健康保険団体連合会 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 平成27年 4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 | 縦覧 区分 | 縦覧 整理番号 | 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 | H27.4 | H27.5 | 506000001 | 訪問看護ステーション〇1 | | 507000002 | 支援事業所〇2 | 2 | | | | | 現物 | *03 | 02 | 13-3100 | 緊急時訪問看護加算1 | 540 | 1 | 540 | |
| | 501001 | 保険者〇1 | 000000001 | かこ 太郎 | H27.4 | H27.5 | ***** | ***** | | 507000002 | 支援事業所〇2 | 2 | | | | | 現物 | *03 | 02 | 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 予防訪問看護 | 緊急時訪問看護加算 |
| | 特別管理加算 |
| | ターミナルケア加算 |

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下さい。

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下さい。

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○をつけて返送して下さい。（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（請求事業所）

| | |
|----------|---------------------|
| 事業所番号 | 507000001 |
| 事業所名 | 特定施設 O 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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

「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）

□□県国民健康保険団体連合会

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」「単独」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 | 重複 | 501001 保険者 O 1 | 000000001 カノ 太郎 | H27. 8 | 33 1612 外部訪問リ ハ2 | 31 | 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） | H27. 8 | ***** ***** | ***** ***** | 33 1612 外部訪問リ ハ2 | 31 | |
| | (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 | | | | | |
| | 確認の 観点 | いずれの請求が誤りか | | | | | | <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) 請求誤りなし | 過誤 |
| <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
記入して下さい。

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 | | | | 平成 27 年 8 月 提供分 | | | | | | | | | | 平成 〇 年 〇 月 〇 日 | | | | | | | |
|-------------|--------------|-------------|-----------|--------|--------------|---------|-----------|-----------------|-----------|-------------|---------|----------|------------------|-------------|-------------|----------------|-----------|----------------|------------|---------|---------|-----------|-------------|-------------|------------|
| 事業所名 | | 特定施設 O 1 | | | | | | □□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 | 縦覧 区分 | 縦覧 整理番号 | 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 O 1 | 000000001 | カノ 太郎 | H27. 08 | H27. 09 | 507000001 | 特定施設 O 1 | | | | 6-3 | H27. 5. 10 | | | | 現物 | *04 | 02 | 33-1612 | 外部訪問リハ2 | 272 | 31 | 8,432 | 上限超(16203) |
| | 501001 | 保険者 O 1 | 000000001 | カノ 太郎 | H27. 08 | H27. 09 | ***** | ***** | | | | 6-3 | H27. 5. 21 | | | | 現物 | *04 | 02 | 33-1612 | 外部訪問リハ2 | 272 | 31 | 8,432 | 上限超(16203) |

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（令和3年4月サービス以降）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 | 5,032単位 |
| 要支援2 | 10,531単位 |
| 要介護1 | 16,355単位 |
| 要介護2 | 18,362単位 |
| 要介護3 | 20,490単位 |
| 要介護4 | 22,435単位 |
| 要介護5 | 24,533単位 |

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下さい。

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下さい。

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○をつけて返送して下さい。（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。）

居宅支援

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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

「対象帳票」欄＝居宅支援（縦覧区分 * 01）
 「縦覧点検出力事由」欄
 サービス計画費の請求はあるが、介護サービスの
 給付実績がありません

以下は真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○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 | 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 知 | H27. 8 | 507000001 支援事業所 〇 1 | 99-9999-9999 | 46 2111 | 介護予防支 援 | | サービス計画費の請 求はあるが、介護サ ービスの給付実績が ありません | H27. 8 | 507000002 サービス事業所 〇 2 | 22-2222-2222 | 65 | 予防通所 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。 | | | | | | | | | | (確認調整結果記入欄) 過誤 | H27. 8 | 507000003 サービス事業所 〇 3 | 33-3333-3333 | A1 | 訪問型み なし | | 有 |
| | 確認の 観点 | 利用実績があるか、月遅れ請求ではないか 総合 事業サービスの実績がある場合、介護予防ケアマ ネジメント費ではないか | | | | | | | | | 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 | 46 2111 | 介護予防支 援 | | サービス計画費の請 求はあるが、介護サ ービスの給付実績が ありません | H27. 8 | 507000002 サービス事業所 〇 2 | 22-2222-2222 | 65 | 予防通所 介護 | | 有 |
| (確認調整結果記入欄) | | | | | 過誤 | H27. 8 | 507000003 サービス事業所 〇 3 | 33-3333-3333 | A1 | 訪問型み なし | | 有 |
| 介護サービス提供実績 有り | | | | | する ・ しない | | | | | | | |

サービス提供実績の有無を
記入して下さい。

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

平成〇年〇月〇日

支援事業所名 支援事業所〇1

平成 27年 8月 提供分

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 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 | 縦覧 区分 | 縦覧 整理番号 | 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 | 保険者〇1 | 501001 | 0000000001 | 〇〇〇 | H27.9 | 現物 | 46-2111 | 65 | 5070000002 | サービス事業所〇2 | 2,000 | *01 | 01 | | | | | |
| 501001 | 保険者〇1 | 501001 | 0000000001 | 〇〇〇 | H27.9 | 現物 | 46-2111 | A1 | 5070000003 | サービス事業所〇3 | 2,000 | *01 | 01 | A1 | 5070000003 | サービス事業所〇3 | 現物 | 2,000 |

内容・・・サービス計画費の請求はあるが、介護サービスの給付実績がありません

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。

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」と記入して下さい。

確認した結果、関連情報欄の全ての介護サービスが「無」の場合は、「過誤する」に〇をつけて国保連へ返送して下さい。

確認した結果、「有」の介護サービスがある場合は、「過誤しない」に〇をつけて返送して下さい。（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。）

单 独

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄＝単独（縦覧区分＊02）
 「縦覧点検出力事由」欄
 開始年月日から30日超で請求している可能性があります
 （開始年月日が未設定の場合）

| | |
|----------|------------------|
| 事業所番号 | 507000001 |
| 事業所名 | 小規模多機能型居宅介護事業所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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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 | 単独 | 501001 保険者01 | 000000001 かこ 知ゆ | H27.4 | 73 小規模多機能型居宅介護初期加算 | 6300 | 20 | 開始年月日から30日超で請求している可能性があります (開始年月日が未設定の場合) | | | | | | |
| | 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 | 開始年月日を確認 | | | | | | | (確認調整結果記入欄) 開始年月日 ○月○日 加算の算定日 ○月○日 | 過誤 する ・ しない | | | | |

又は

開始年月日、加算の算定日
を記入して下さい。

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（請求事業所）

| | | | |
|-------|------------------|-------|--|
| 事業所番号 | 507000001 | 事業所状態 | |
| 事業所名 | 小規模多機能型居宅介護事業所01 | | |

平成 27 年 4 月 提供分

平成○年○月○日
 ○○県国民健康保険団体連合会

| 請求 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 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は識別番号※3 | サービス名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 精算額 | 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 | 審査エラー コード | |
|------------|--------------|-------------|-----------|--------|-------------|--------------|-------|-----------|------------------|-----------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|-----------------|-----------|-----|-----|--------|-------------|------|------------------|-----------------------|-------------------|----|--------------|------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | 被保険者証番 号 | 個人番号 | | | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者01 | 000000001 | かこ 知ゆ | 21 | H27.4 | H27.5 | 507000001 | 小規模多機能型居宅介護事業所01 | | 2 | | | 現物 | *02 | 01 | 73-6300 | 小規模多機能型居宅介護初期加算 | 1 | 30 | | | | | | | | | | 14GN |

内容・・開始年月日から30日超で請求している可能性があります（開始年月日が未設定の場合）

対象サービス・・

| サービスコード | | サービス略称 |
|---------|------|-------------------|
| 73 | 6300 | 小規模多機能型居宅介護初期加算 |
| 75 | 6300 | 予防小規模多機能型居宅介護初期加算 |
| 76 | 4002 | 定期巡回初期加算 |
| 77 | 6300 | 看護小規模初期加算 |

報酬算定上の制限

・・登録した日（定期巡回初期加算の場合は、利用を開始した日）から起算して30日以内に算定できます。

対応・・①確認した結果、登録した日（定期巡回初期加算の場合は、利用を開始した日）から30日以内に請求している場合は、「確認調整結果記入欄」に、開始年月日と加算の算定日を記入し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。

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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄＝単独（縦覧区分＊02）
 「縦覧点検出力事由」欄
 開始年月日から30日超で請求している可能性があります
 （開始年月日が未設定以外の場合）

| | |
|----------|--------------------|
| 事業所番号 | 507000001 |
| 事業所名 | 小規模多機能型居宅介護事業所 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 27 年 10 月 縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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 | 単独 | 501001 保険者 0 1 | 0000000001 かこ 知ゆ | H27. 4 | 73 小規模多機能型居宅介護初期加算 | 6300 | 20 | 開始年月日から30日超で請求している可能性があります (開始年月日が未設定以外の場合) | | | | | |
| | 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 | | | | |
| | 確認の 観点 | 開始年月日を確認 | | | | | | | する ・ しない | | | | |

又は

| | |
|--|----------------------|
| (確認調整結果記入欄) 開始年月日 ○月○日 加算の算定日 ○月○日 | 過誤 する ・ しない |
|--|----------------------|

開始年月日、加算の算定日
を記入して下さい。

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（請求事業所）

| | | | |
|-------|--------------------|-------|--|
| 事業所番号 | 507000001 | 事業所状態 | |
| 事業所名 | 小規模多機能型居宅介護事業所 0 1 | | |

平成 27 年 4 月 提供分

平成○年○月○日
 ○○県国民健康保険団体連合会

| 種別 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 | 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 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は識別番号※3 | サービス名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 請求額 | 国民健康保険 | | | 後期高齢者 保険番号※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 | 審査エラー コード |
|------------|--------------|-------------|------------|--------|-------------|--------------|--------|-----------|--------------------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|-----------------|-----------|-----|-----|--------|-------------|------|-----------------|-----------------------|-------------------|----|--------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | 被保険者証番 号 | 個人番号 | | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者 0 1 | 0000000001 | かこ 知ゆ | 21 | H27. 4 | H27. 5 | 507000001 | 小規模多機能型居宅介護事業所 0 1 | 2 | H27. 3. 1 | | 現物 | +02 | 02 | 73-6300 | 小規模多機能型居宅介護初期加算 | 1 | 30 | | | | | | | | | 140N |

※R2.2 審査以降、エラーコードを「1204」に変更

内容・・・開始年月日から30日超で請求している可能性があります（開始年月日が未設定以外の場合）

対象サービス・・・

| サービスコード | | サービス略称 |
|---------|------|-------------------|
| 73 | 6300 | 小規模多機能型居宅介護初期加算 |
| 75 | 6300 | 予防小規模多機能型居宅介護初期加算 |
| 76 | 4002 | 定期巡回初期加算 |
| 77 | 6300 | 看護小規模初期加算 |
| 32 | 1550 | 認知症対応型初期加算 |
| 33 | 6330 | 特定施設退院退所時連携加算 |
| 36 | 6330 | 地域特定施設退院退所時連携加算 |
| 37 | 1550 | 予認知症対応型初期加算 |
| 51 | 6400 | 福祉施設初期加算 |
| 54 | 6400 | 地福祉施設初期加算 |

報酬算定上の制限

・・・登録した日（定期巡回初期加算の場合は、利用を開始した日）から起算して30日以内に算定できます。

対応・・・①確認した結果、登録した日（定期巡回初期加算の場合は、利用を開始した日）から30日以内に請求している場合は、「確認調整結果記入欄」に、開始年月日と加算の算定日を記入し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。

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下さい。

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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

「対象帳票」欄＝単独（縦覧区分＊02）
「縦覧点検出力事由」欄
認知症緊急対応加算と緊急短期入所受入加算が
同時に算定されています

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」「単独」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 | 単独 | 501001 | 0000000001 | H27.4 | 21 | 6121 | 1 | 認知症緊急対応加算と緊急短期入所受入加算が同時に算定されています | H27.4 | 5070000001 | 99-9999-9999 | 21 | 6282 | 1 |
| | | 保険者01 | かこ たく | | 短期生活認知症緊急対応加算 | | | | | サービス事業所01 | | 短生緊急短期入所受入加算 | | |
| | 確認の 観点 | 再入所した場合か | | (確認調整結果記入欄) 請求誤りのため過誤 | | | | | 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) 再入所日 ○月○日 | 過誤 <input type="checkbox"/> する ・ <input checked="" type="checkbox"/> しない |
|--------------------------|---|

再入所日を記入して下さい。

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（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 27年 4月 提供分

平成〇年〇月〇日
〇〇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 | 審査エラー | | | |
|------------|-------------|------------|------------|---------|-------------|--------------|-------|------------|-----------|---------------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|---------------|-----------|--------|-----|-------|-------------|-------|------------------|-----------------------|-------------------|--|--|------|
| 確認対 応番号 | 記載 保険者番号 | 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 | 観察 区分 | 観察 整理番号 | 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 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 | 0000000001 | 51' 99' | 21 | H27.4 | H27.5 | 5070000001 | サービス事業所〇1 | | 3 | | | 現物 | *02 | 03 | 21-6121 | 短期生活認知症緊急対応加算 | 1 | 200 | | | | | | | | | | 140Y |
| | 501001 | 保険者〇1 | 0000000001 | 51' 99' | 21 | H27.4 | H27.5 | 5070000001 | サービス事業所〇1 | | 3 | | | 現物 | *02 | 03 | 21-6282 | 短生緊急短期入所受入加算 | 1 | 90 | | | | | | | | | | 140Y |

内容・・・認知症緊急対応加算と緊急短期入所受入加算が同時に算定されています（【例】組み合わせA）

対象サービス・・・

| 組み合わせ | サービスコード | サービス略称 |
|-------|-------------|-----------------|
| A | 2 1 6 1 2 1 | 短期生活認知症緊急対応加算 |
| | 2 1 6 2 8 2 | 短生緊急短期入所受入加算 |
| B | 2 2 6 1 2 1 | 老短認知症緊急対応加算 |
| | 2 2 6 2 7 7 | 老短緊急短期入所受入加算 |
| C | 2 3 2 7 0 6 | 病院療短認知症緊急対応加算 |
| | 2 3 2 7 7 7 | 病院療短緊急短期入所受入加算 |
| D | 2 3 3 7 0 6 | 診療所短期認知症緊急対応加算 |
| | 2 3 3 7 5 1 | 診療所短期緊急短期入所受入加算 |
| E | 2 A 6 1 2 1 | 医療院短期認知症緊急対応加算 |
| | 2 A 6 2 7 7 | 医療院短期緊急短期入所受入加算 |

報酬算定上の制限

- ・・・入所年月日から30日以内で最大7回（短期入所生活介護緊急短期入所受入加算は14回）算定できます。

対応・・・①認知症緊急対応加算と緊急短期入所受入加算を算定しているが、確認した結果、再入所している場合は、「確認調整結果記入欄」に、再入所日を記入し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。

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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄＝単独（縦覧区分＊04）
 「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 | 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 |

平成 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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 | 単独 | 501001 保険者01 | 0000000001 かご 知ゆ | H27.4 | 13 訪問看護退 院時共同指 導加算 | 4003 | 1 初回加算を同時に算定して います | | H27.4 | 5060000001 訪問看護ステーション01 | 99-9999-9999 | 13 訪問看護初 回加算 | 4002 | 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 | いずれの請求が誤りか | | | | | | | (確認調整結果記入欄) 同時算定可能理由 | 過誤 する ・ しない | | | | | |

又は

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（請求事業所）

| | | | |
|-------|--------------|-------|--|
| 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 27 年 4 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(回) 年月日※1 | 退所(回) 年月日※2 | 現物/ 償還 | 縦覧 区分 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は識別番号※3 | サービス 名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 換算額 | 国民健康保険 | | | 備考 | 審査エラー コード | | |
|-------------|--------------|-------------|------------|--------|-------------|--------------|-------|------------|--------------|-----------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|------------|---------------|-----|-----|--------|-------------|------|----|--------------|--|------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | 被保険者証 番号 | 個人番号 | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者01 | 0000000001 | かご 知ゆ | 21 | H27.4 | H27.5 | 5060000001 | 訪問看護ステーション01 | | 2 | | | | 現物 | +04 | 01 | 13-4002 | 訪問看護初回加算 | 1 | 300 | | | | | | | 140Y |
| | 501001 | 保険者01 | 0000000001 | かご 知ゆ | 21 | H27.4 | H27.5 | 5060000001 | 訪問看護ステーション01 | | 2 | | | | 現物 | +04 | 01 | 13-4003 | 訪問看護退院時共同指導加算 | 1 | 600 | | | | | | | 140Y |

内容・・・退院時共同指導加算と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 |
|---------|------|-----------------|
| 13 | 4003 | 訪問看護退院時共同指導加算 |
| 63 | 4003 | 予防訪問看護退院時共同指導加算 |

報酬算定上の制限

- ・・・病院、診療所又は介護老人保健施設の退院又は退所にあたり、退院時共同指導を行った後に、初回の指定訪問看護を行った場合に退院時共同指導加算を算定できます。ただし、初回加算を算定している場合は算定できません。

- 対応・・・①初回加算および退院時共同指導加算を算定しているが、確認した結果、正当な理由がある場合は、「確認調整結果記入欄」に、理由を記入し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。
- 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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

| | |
|----------|---------------------|
| 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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

「対象帳票」欄＝単独（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

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」「単独」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 | | 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 | 501001 保険者 〇 1 | 000000001 かこ 〇 〇 | H27. 4 | 53 療養型退院 時指導加算 | 2852 | 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 | | | | | | |
| | 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 | 医療機関における入院と通算して1月を超えるか | | 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 〇月〇日～〇月〇日 40日間 | する ・ しない |

医療機関名称・入院期間を
記入して下さい。

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（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 27 年 4 月 提供分

平成〇年〇月〇日
〇〇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 | | 認定有効期間 | 備考 | 審査エラーコード | | | |
|---------|----------|---------|-----------|--------|---------|----------|--------|-----------|-------------|---------------|------|------------|------------|-------|------|--------|--------------|------------|-------|--------|-----|-------|---------|------|--------------|---------------|---------------|--|--|------|
| 確認対象番号 | 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 | 縦覧整理番号 | サービス又は識別番号※3 | サービス名称 | 日数/回数 | 単位数 | 換算係 | 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 〇 〇 | 21 | H27. 4 | H27. 5 | 507000001 | サービス事業所 〇 1 | | 9 | H27. 4. 1 | H27. 4. 20 | 現物 | *08 | 03 | 53-2852 | 療養型退院時指導加算 | 1 | 400 | | | | | | 50100001 | 00000001 | | | 14GH |

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（退院時指導加算、退院時情報提供加算、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。

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下さい。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○をつけて返送して下さい。

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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄＝単独（縦覧区分＊08）
 「縦覧点検出力事由」欄
 特別療養費(医学情報提供)を同時に算定しています

| | |
|----------|--------------|
| 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 |

平成 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

平成〇年〇月〇日

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」「単独」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 | | 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 | 501001 保険者 01 | 000000001 かゝ 知ゆ | H27. 4 | 52 6504 | 1 | 特別療養費（医学情報提供）を同時に算定しています | H27. 4 | 507000001 サービス事業所 01 | 99-9999-9999 | 52 @11 | 医学情報提供 | 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 | 容態悪化等により再入所した場合か | | | | | | | (確認調整結果記入欄) 再入所日 ○月○日 | 過誤 する ・ しない | | | | |

又は

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（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 27 年 4 月 提供分

平成〇年〇月〇日
〇〇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 | 基 本 情 報 | | | 明 細 / 特 定 情 報 | | | | | | | | | | 備考 | 審査エラー コード | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------|-------------|-----------|--------|-------------|--------------|--------|-----------|---------------|-----------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|--------------|------------------|---------------|----|--------------|-----------|----------|-------------------------|------------|-------------|------|------------------|-----------------------|-------------------|------|
| | | | | | | 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 | 縦覧 整理番号※3 | サービス 又は識別番号※3 | 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 01 | 000000001 | かゝ 知ゆ | 21 | H27. 4 | H27. 5 | 507000001 | サービス事業所 01 | | 9 | H27. 3. 1 | H27. 4. 15 | 現物 | *08 | 02 | 52-6504 | 保健施設退所時情報提供加算 | 1 | 500 | | 00501001 | 0000000000 000080005 | 0000080005 | | | | | | AHHS |
| | 501001 | 保険者 01 | 000000001 | かゝ 知ゆ | 21 | H27. 4 | H27. 5 | 507000001 | サービス事業所 01 | | 9 | H27. 3. 1 | H27. 4. 15 | 現物 | *08 | 02 | @11 | 医学情報提供 | 1 | 250 | | 00501001 | 0000000000 000080005 | 0000080005 | | | | | | AHHS |

内容・・退所時情報提供加算と特別療養費（医学情報提供）を同時に算定しています

対象サービス

- ・・退所時情報提供加算

報酬算定上の制限

- ・・入所期間が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。

対応・・①容態悪化等により再入所した場合か確認して下さい。確認した結果、再入所している場合は、「確認調整結果記入欄」に再入所日を記入して、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。
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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

| | |
|----------|---------------------|
| 事業所番号 | 50B000001 |
| 事業所名 | 医療院 O 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 30 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

「対象帳票」欄＝単独（縦覧区分*08）
「縦覧点検出力事由」欄
特別診療費(医学情報提供(I))又は医学情報提供(II))を同時に算定しています

平成〇年〇月〇日

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」「単独」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 | 単独 | 501001 | 0000000001 | H30. 4 | 55 | 6504 | 1 | 特別診療費(医学情報提供(I)) 又は医学情報提供(II))を同時に算定しています | H30. 4 | 5070000001 | 99-9999-9999 | 55 | @12 | 1 |
| | | 保険者 O 1 | かゝ 知 ㊦ | | | | | | | | | | | |
| | 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 | 容態悪化等により再入所した場合か | | | (確認調整結果記入欄) 再入院日 ○月○日 | | | | | | | | 過誤 する ・ しない | | |

又は

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（保険者）

| 保険者番号 | | 保険者名 | | 縦覧区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|------------|------------|---------|----------|--------|------------|---------------|-------|------|------------|------------|-------|------|--------|--------------|--------------|----|-----|-----|----------|--------------------|------------|--------------|---------------|---------------|----|----------|
| 証記載保険者番号 | 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 | 縦覧整理番号 | 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 | 保険者番号 | 被保険者証番号 | 氏名番号 | 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) | 備考 | 審査エラーコード |
| 501001 | 0000000005 | ヒナシマ000005 | 21 | H30. 5 | H30. 6 | 5070000005 | 施設サービス事業所 O 5 | | 9-2 | H30. 4. 1 | H30. 5. 30 | 現物 | *08 | 05 | #11 | 医学情報提供 (I) | 1 | 220 | | 00501001 | 000000000000080007 | 0000080007 | | | | | AH05 |
| 501001 | 0000000005 | ヒナシマ000005 | 21 | H30. 5 | H30. 6 | 5070000005 | 施設サービス事業所 O 5 | | 9-2 | H30. 4. 1 | H30. 5. 30 | 現物 | *08 | 05 | 55-6504 | 医療院退所時情報提供加算 | 1 | 500 | | 00501001 | 000000000000080007 | 0000080007 | | | | | AH05 |

内容・・退所時情報提供加算と特別診療費（医学情報提供（Ⅰ）又は医学情報提供（Ⅱ））を同時に算定しています

対象サービス

- ・・介護医療院（退所時情報提供加算）

報酬算定上の制限

- ・・入所期間が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。

対応・・①容態悪化等により再入所した場合か確認して下さい。確認した結果、再入所している場合は、「確認調整結果記入欄」に再入所日を記入して、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。
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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄＝単独（縦覧区分＊08）
 「縦覧点検出力事由」欄
 特定診療費（医学情報提供（Ⅰ）又は医学情報提供（Ⅱ））を同時に算定しています

| | |
|----------|--------------|
| 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 27 年 10 月 縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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 | 単独 | 501001 保険者 〇 1 | 0000000001 かゝ 知ゆ | H27. 4 | 53 療養型退院 時情報提供 加算 | 2854 | 1 | 特定診療費（医学情報提供（Ⅰ） 又は医学情報提供（Ⅱ））を同 時に算定しています | H27. 4 | 5070000001 サービス事業所 〇 1 | 99-9999-9999 | 53 @12 医学情報提 供（Ⅱ） | 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 | 容態悪化等により再入院した場合か | | | | | | | (確認調整結果記入欄) 再入院日 〇月〇日 | 過誤 する ・ しない | | | | |

又は

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（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 27 年 4 月 提供分

平成〇年〇月〇日
〇〇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 | 基 本 情 報 | | | 明 細 / 特 定 情 報 | | | | | | | | | | 備考 | 審査エラー コード | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------|-------------|------------|--------|-------------|--------------|--------|------------|---------------|-----------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|--------------|----|--------------|-----------|----------|-------------------------|------------|-------------|------|------------------|-----------------------|-------------------|------|
| | | | | | | 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 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は識別番号※3 | 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 | 0000000001 | かゝ 知ゆ | 21 | H27. 4 | H27. 5 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 10 | H27. 3. 1 | H27. 4. 15 | 現物 | *08 | 04 | 53-2854 | 療養型退院時情報提供加算 | 1 | 500 | | 00501001 | 0000000000 000080005 | 0000080005 | | | | | | AHHS |
| | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かゝ 知ゆ | 21 | H27. 4 | H27. 5 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 10 | H27. 3. 1 | H27. 4. 15 | 現物 | *08 | 04 | #12 | 医学情報提供（Ⅱ） | 1 | 290 | | 00501001 | 0000000000 000080005 | 0000080005 | | | | | | AHHS |

内容・・退院時情報提供加算と特定診療費（医学情報提供（Ⅰ）又は医学情報提供（Ⅱ））を同時に算定しています

対象サービス

- ・・介護療養施設（退院時情報提供加算）

報酬算定上の制限

- ・・入院期間が1ヶ月を超えている場合に、退院時に1回算定可能なサービスです。

対応・・①容態悪化等により再入院した場合か確認して下さい。確認した結果、再入所している場合は、「確認調整結果記入欄」に再入院日を記入して、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。
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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄＝単独（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が3ヶ月目）

| | |
|----------|--------------|
| 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 |

平成 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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 | 単独 | 501001 保険者01 | 0000000001 かこ 太郎 | H27.4 | 52 保健施設 認知症短期 集中リハ加算 | 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が3ヶ月目） | | | | | |
| | 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 | 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
記入して下さい。

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（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 27 年 4 月 提供分

平成○年○月○日
 ○○県国民健康保険団体連合会

| 種別 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 | 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 | 総算 区分 | 縦覧 点検番号 又は識別番号※3 | サービス 又は識別番号※3 | 明細 / 特 定 情 報 | | | 国民健康保険 | | | 備考 | 審査エラー コード | | | | |
|------------|--------------|-------------|------------|--------|-------------|--------------|-------|------------|-----------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------------------|------------------|--------------|-----------------|-----|--------|----------|-------------|----|--------------|----------|------------------|-----------------------|-------------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 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01 | 0000000001 | かこ 太郎 | 21 | H27.4 | H27.5 | 5070000001 | サービス事業所01 | | 9 | H27.1.15 | | 現物 | +10 | 01 | 52-6253 | 保健施設認知症短期集中リハ加算 | 3 | 240 | 20150115 | | | | 50100001 | 00000001 | | 140H |

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が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 | 利用条件（算定可能な期間） |
|---------|------|-----------------|---------------|
| 52 | 6252 | 保健施設短期集中リハ加算 | 入所日から3月以内 |
| 52 | 6253 | 保健施設認知症短期集中リハ加算 | 入所日から3月以内 |

対応・・・①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下さい。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○をつけて返送して下さい。
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下さい。

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 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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

「対象帳票」欄＝単独（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が3ヶ月超）

〇〇県国民健康保険団体連合会

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」「単独」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。

| 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 | 501001 保険者 〇 1 | 0000000001 かこ 〇 〇 〇 | H27. 4 | 52 保健施設認 知症短期集 中リハ加算 | 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が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 | | | | | |
| | 確認の観点 | 再入所しているか 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 |
| 再入所日 〇月〇日 | する ・ しない |
| 加算の算定日 16日、18日、20日 | しない |

再入所日と加算の算定日を
記入して下さい。

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（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 27 年 4 月 提供分

平成〇年〇月〇日
〇〇県国民健康保険団体連合会

| 種別 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 | 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 | 総算 区分 | 縦覧 点検番号 又は識別番号※3 | サービス 又は識別番号※3 | 明細 / 特 定 情 報 | | | 国民健康保険 | | | 備考 | 審査エラー コード | | |
|------------|--------------|-------------|------------|----------|-------------|--------------|--------|------------|-------------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------------------|------------------|-----------------|-----------|-----|----------|-------|-------------|----------|--------------|------|------------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 保険者番号※4 |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かこ 〇 〇 〇 | 21 | H27. 4 | H27. 5 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | 9 | H26. 12. 1 | | 現物 | +10 | 02 | 52-6253 | 保健施設認知症短期集中リハ加算 | 3 | 240 | 20141201 | | | 50100001 | 00000001 | | 140H |

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が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 | 利用条件（算定可能な期間） |
|---------|------|-----------------|---------------|
| 52 | 6252 | 保健施設短期集中リハ加算 | 入所日から3月以内 |
| 52 | 6253 | 保健施設認知症短期集中リハ加算 | 入所日から3月以内 |

対応・・・①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下さい。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○をつけて返送して下さい。
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下さい。

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 | 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 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

「対象帳票」欄＝単独（縦覧区分＊12）
※平成 24 年 4 月サービス以降
「縦覧点検出力事由」欄
初回加算を同時に算定しています

〇〇県国民健康保険団体連合会

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」「単独」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。

| 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 | 501001 保険者 〇 1 | 0000000001 かこ 知 | H27. 4 | 43 6132 居宅支援 院退所加算 | 1 | 初回加算を同時に算定して います | H27. 4 | 5070000001 支援事業所 〇 1 | 99-9999-9999 | 43 4001 居宅支援初 回加算 | 1 |
| | 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 | | (確認調整結果記入欄) 請求誤りのため過誤 | | | 過誤 <input checked="" type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> 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。 | | | | | | | | | | | |

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 | 過誤 <input type="checkbox"/> する ・ <input checked="" type="checkbox"/> しない |
|---|---|

要介護状態区分の変更日、
医療機関名称・入院期間を
記入して下さい。

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（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 〇 1 | | |

平成 27 年 4 月 提供分

平成〇年〇月〇日
〇〇県国民健康保険団体連合会

| 確認 対象 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 | | | | | | | | | | 備考 | 審査エラー コード | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--------------|-------------|------------|--------|-------------|--------------|-----------|------------|-----------|-----------|----------|-----------------|-----------------|-----------|----------|------------|------------------|---------|------------|--------------|-----------|-----|----------|--------------------------|------------------|------|------------------|-----------------------|-------------------|--|--|------|
| | | | | | | サービス 提供年月 | 要介護 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 | 縦覧 整理番号 | 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 保険者番号 | 国民健康保険 被保険者番号 | 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 | 0000000001 | かこ 知 | 21 | H27. 4 | H27. 5 | 5070000001 | 支援事業所 〇 1 | | 7 | | | | 現物 | +12 | 01 | 43-4001 | 居宅支援初回加算 | 1 | 300 | | 00501001 | 0000000000 0000120001 | 0000120001 | | | | | | | 140Y |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かこ 知 | 21 | H27. 4 | H27. 5 | 5070000001 | 支援事業所 〇 1 | | 7 | | | | 現物 | +12 | 01 | 43-6132 | 居宅支援退院退所加算 | 1 | 300 | | 00501001 | 0000000000 0000120001 | 0000120001 | | | | | | | 140Y |

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 |
|---------|------|---------------|
| 43 | 6132 | 居宅支援退院退所加算Ⅰ 1 |
| 43 | 6143 | 居宅支援退院退所加算Ⅰ 2 |
| 43 | 6144 | 居宅支援退院退所加算Ⅱ 1 |
| 43 | 6145 | 居宅支援退院退所加算Ⅱ 2 |
| 43 | 6146 | 居宅支援退院退所加算Ⅲ |

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。

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下さい。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○をつけて返送して下さい。

- 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）

4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。

4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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

| | |
|----------|--------------|
| 事業所番号 | 50700000 |
| 事業所名 | 福祉施設 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 |

令和 3 年 10 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下さい。

「対象帳票」欄＝単独（縦覧区分 * 26）
 ※平成 30 年 4 月サービス以降
 「縦覧点検出力事由」欄
 1 月につき 2 回以上排せつ支援加算を算定しています

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」「単独」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

| 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 | 単独 | 501001 | 2600000001 | R3. 4 | 51 | 6357 | 1 | 1 月につき 2 回以上排せつ支援加算を算定しています | R3. 4 | 5070000001 | 99-9999-9999 | 51 | 6357 | 2 |
| | | 保険者 〇 1 | かこ 太郎 | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | |
| | 再入所しているか | | | | | | | 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 |
| 再入所日 ○月○日 加算の算定日 ○月○日 | する ・ しない |

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下さい。

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（請求事業所）

| | | | |
|-------|-----------|-------|--|
| 事業所番号 | 507000001 | 事業所状態 | |
| 事業所名 | 福祉施設 〇 1 | | |

令和 3 年 10 月 提供分

令和〇年〇月〇日
〇〇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 | 基本情報 | | 事業所番号 | 事業所名称 | サービス提供年月 | 種別 | 入所(院)年月日※1 | 退所(院)年月日※2 | 現物/現金 | 縦覧区分 | 縦覧区別 | サービス又は請求番号※3 | サービス名称 | 日数/回数 | 単位 | 加算種 | 国民健康保険 | | | | 備考 | 審査エラーコード | |
|---------|----------|---------|------------|--------|---------|--------|---------|------------|----------|----------|-----------|------------|------------|-------|------|------|--------------|---------------|-------|-----|-----|--------|--------------|--|--|----|----------|------|
| | | | | | | 保険者番号 | 被保険者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | 認定有効期間(保年保月) | | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 2600000001 | かこ 太郎 | 21 | R03.04 | R03.05 | 5070000001 | 福祉施設 〇 1 | 8 | R03.02.01 | | | 現物 | 426 | 01 | 51-6357 | 福祉施設排せつ支援加算IV | 2 | 100 | | | | | | | | 1466 |

内容・・・算定可能な加算の合計制限回数を超えています。

対象サービス・・・

| サービスコード | | サービス略称 |
|---------|------|----------------|
| 51 | 6357 | 福祉施設排せつ支援加算Ⅳ※ |
| 52 | 6357 | 保健施設排せつ支援加算Ⅳ※ |
| 53 | 2717 | 療養型排せつ支援加算 |
| 53 | 3717 | 診療所型排せつ支援加算 |
| 53 | 4717 | 認知症型排せつ支援加算 |
| 54 | 6357 | 地福祉施設排せつ支援加算Ⅳ※ |
| 55 | 6357 | 医療院排せつ支援加算Ⅳ※ |

※令和4年3月サービスまで

報酬算定上の制限

・・・対象サービスは、1月につき1回算定可能。

対応・・・①入退所を繰り返している場合は、再入所した日以降に2回目の加算が算定されているか確認して下さい。確認した結果、再入所した日以降に2回目の加算が算定されてい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○をつけて返送して下さい。

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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

令和3年10月縦覧審査分

| | |
|----------|--------------|
| 事業所番号 | 5070000015 |
| 事業所名 | サービス事業所15 |
| 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下さい。

「対象帳票」欄＝単独（縦覧区分*27）
 ※平成30年4月サービス以降
 「縦覧点検出力事由」欄
 栄養改善加算と栄養アセスメント加算が同時に算定しています

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」「単独」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

| 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 | 501001 保険者01 | 2700000001 カゴクワ | R3.4 | 15 6116 通所介護栄養アセスメント加算 | 2 | 栄養改善加算と栄養アセスメント加算が同時に算定しています | R3.4 | 5070000001 | 99-9999-9999 | 15 5605 通所介護栄養改善加算 | 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。 | | | | | | | 過誤 | | | | |
| | 確認の観点 | 栄養改善が必要と判断された場合か | | | | | | する ・ しない | | | | |

又は

| | |
|--|----------------------|
| （確認調整結果記入欄） 月初に栄養アセスメント加算に係るアセスメントで、低栄養状態のリスクが高いと判断されたケース | 過誤 する ・ しない |
|--|----------------------|

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下さい。

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号 507000001 事業所状態

事業所名 通所介護事業所〇1

令和3年10月提供分

令和〇年〇月〇日
〇〇国民健康保険団体連合会

| 基本情報 | | | | | | | | | | 明細 / 特定情報 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|------------|-----------|------------|------------|-------------|--------------|--------|-----------|-----------|-----------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|----------------|-----------|-----|-----|-----------|-------------------|----------|----------------------|----------------------|-----------------------|----|------------------|
| 種別 区分番号 | 証記 保険番号 | 証記 保険名 | 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（脱） 年月日※1 | 退所（脱） 年月日※2 | 現物/ 償還 | 収数 区分 | 収数 整理番号 | サービス 又は課料番号※3 | サービス 名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 措置種 | 保険者 番号 | 国民健康 保険証 番号 | 完名 番号 | 後期高齢者 保険者 番号※4 | 後期高齢者 保険者 番号※4 | 認定 有効期間 （開始年月日） | 備考 | 審査 エラー コード |
| | 501001 | 保険者〇1 | 2700000001 | 〇〇〇〇〇〇 | 21 | R03-04 | R03-05 | 507000001 | 通所介護事業所〇1 | | 2 | | | 現物 | *27 | 01 | 15-5605 | 通所介護栄養改善加算 | 2 | 200 | | | | | | | | | 140Y |
| 1 | 501001 | 保険者〇1 | 2700000001 | 〇〇〇〇〇〇 | 21 | R03-04 | R03-05 | 507000001 | 通所介護事業所〇1 | | 2 | | | 現物 | *27 | 01 | 15-6118 | 通所介護栄養アセスメント加算 | 2 | 50 | | | | | | | | | 140Y |

内容・・・栄養改善加算と栄養アセスメント加算が同時に算定しています。

対象サービス組み合わせ一覧・・・

| 項番 | サービスコード | サービス名称 | 項番 | サービスコード | サービス名称 |
|----|---------|------------------|----|---------|------------------|
| ① | 15 5605 | 通所介護栄養改善加算 | ⑤ | 74 5606 | 予認通所介護栄養改善加算 |
| | 15 6116 | 通所介護栄養アセスメント加算 | | 74 6116 | 予認通所介護栄養アセスメント加算 |
| ② | 16 5605 | 通所リハ栄養改善加算 | ⑥ | 77 5605 | 看護小規模栄養改善加算 |
| | 16 6116 | 通所リハ栄養アセスメント加算 | | 77 6116 | 看護小規模栄養アセスメント加算 |
| ③ | 66 5003 | 予防通所リハ栄養改善加算 | ⑦ | 78 5605 | 地域通所介護栄養改善加算 |
| | 66 6116 | 予防通所リハ栄養アセスメント加算 | | 78 6116 | 地域通所介護栄養アセスメント加算 |
| ④ | 72 5606 | 認知通所介護栄養改善加算 | | | |
| | 72 6116 | 認知通所介護栄養アセスメント加算 | | | |

報酬算定上の制限

・・・対象サービスは、同月中に同時算定できないサービスです。

対応・・・①月初に栄養アセスメント加算に係るアセスメントで、低栄養状態のリスクが高いと判断された場合か確認して下さい。確認した結果、低栄養状態のリスクが高いと判断されたことが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」にその旨記載し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。

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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

令和3年10月縦覧審査分

| | |
|----------|--------------|
| 事業所番号 | 5070000001 |
| 事業所名 | サービス事業所15 |
| 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下さい。

「対象帳票」欄＝単独（縦覧区分*27）
 ※平成30年4月サービス以降
 「縦覧点検出力事由」欄
 通所リハ短期集中個別リハ加算または通所リハ認知症短期集中リハ加算Ⅰが、通所リハ生活行為向上リハ加算と同時に算定されている可能性があります

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」「単独」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

| 対応番号 | 確認対象情報 | | | | | | | | | | サービス提供年月 | 事業所番号 | 電話番号 | サービス | | 回数 |
|------|---------------------------------------|---------------------|--------------------|----------|------|------|-------|--|----------------|------------|--------------|-------|------|------|------|----|
| | 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 | |
| 1 | 単独 | 501001 保険者01 | 5070000002 かこたう | R3.4 | 16 | 6257 | 1 | 通所リハ短期集中個別リハ加算または通所リハ認知症短期集中リハ加算Ⅰが、通所リハ生活行為向上リハ加算と同時に算定されている可能性があります | R3.4 | 5070000001 | 99-9999-9999 | 16 | 5613 | 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 | | | | | | |
| | 確認の観点 | リハビリテーション実施日を確認 | | | | | | | する ・ しない | | | | | | | |

又は

| | |
|---|----------------|
| （確認調整結果記入欄） 通所リハ短期集中個別リハ加算（または通所リハ認知症短期集中リハ加算Ⅰ）の終了月 ○月 | 過誤 |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定日 ○月○日 | する ・ しない |

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下さい。

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（請求事業所）

令和 3年 10月 提供分

令和〇年〇月〇日
〇〇県国民健康保険団体連合会

| | | | |
|-------|-------------|-------|--|
| 事業所番号 | 5070000001 | 事業所住所 | |
| 事業所名 | サービス事業所 1 5 | | |

| 種別 区分番号 | 証記載 保険者番号 | 証記載 保険者名 | 補償保険者番号 | 補償保険者氏名 | 要介護 状態区分 | 基 本 情 報 | | | | 明 細 / 特 定 情 報 | | | | | | | | | | 国民健康保険 | | | 備考 | 審査エラー コード | | | | | |
|------------|--------------|-------------|-------------|---------|-------------|--------------|--------|------------|-------------|-----------------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|---------|----------------|-----|--------|-------|------------|----|--------------|------|------------------|------------------|-------------------|------|
| | | | | | | 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 | 入用（院） 年月日※1 | 退用（院） 年月日※2 | 現物/ 医療 | 総量 区分 | 税額 区分番号 | サービス 又は補助番号※3 | サービス名 | 日数/ 回数 | 単位数 | 単価 | 保険者番号 | 保険者証番 号 | | | 氏名番号 | 後期高齢者 保険者番号※4 | 後期高齢者 保険者番号※4 | 認定有効期間 （開始年月日） | |
| | 501001 | 保険者 〇 1 | 50700000002 | おひ'加?' | 21 | R03-04 | R03-05 | 5070000001 | サービス事業所 1 5 | | 2 | | | 現物 | *27 | 02 | 16-6257 | 通所リハ生活行為向上リハ加算 | 1 | 1,250 | | | | | | | | | 140Y |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 50700000002 | おひ'加?' | 21 | R03-04 | R03-05 | 5070000001 | サービス事業所 1 5 | | 2 | | | 現物 | *27 | 02 | 16-5613 | 通所リハ短期集中個別リハ加算 | 1 | 110 | | | | | | | | | 140Y |

内容・・通所リハ短期集中個別リハ加算または通所リハ認知症短期集中リハ加算Ⅰが、通所リハ生活行為向上リハ加算と同時に算定されている可能性があります

対象サービス組み合わせ一覧・・

| 項番 | サービスコード | | サービス名称 | 有効期間 | 項番 | サービスコード | | サービス名称 | 有効期限 |
|----|---------|------|----------------|-----------|----|---------|------|------------------|-----------|
| ① | 16 | 6257 | 通所リハ生活行為向上リハ加算 | 20210401- | ② | 16 | 6257 | 通所リハ生活行為向上リハ加算 | 20210401- |
| | 16 | 5613 | 通所リハ短期集中個別リハ加算 | 20210401- | | 16 | 6253 | 通所リハ認知症短期集中リハ加算Ⅰ | 20210401- |

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。

対応・・①通所リハ短期集中個別リハ加算（または通所リハ認知症短期集中リハ加算Ⅰ）の終了月に、生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定された場合か確認して下さい。確認した結果通所リハ短期集中個別リハ加算（または通所リハ認知症短期集中リハ加算Ⅰ）の終了月に、生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定されていることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に通所リハ短期集中個別リハ加算（または通所リハ認知症短期集中リハ加算Ⅰ）の終了月と生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定日を記入し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。

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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「対象帳票」欄＝単独（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）

| | |
|----------|--------------|
| 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 |

平成 27 年 10 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

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」「単独」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 | 単独 | 501001 保険者01 | 000000001 かこ`知` | H27.4 | 53 @52 短期集中リハビリ加算 | 1 | 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） | | | | | |
| | | （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 | リハビリテーション実施日を確認 | | | | | | 過誤 する ・ しない | | | | |

又は

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

入所日と加算の算定日を
記入して下さい。

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（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 27 年 4 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 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は識別番号※3 | サービス名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 構築種 | 国民健康保険 | | | 認定有効期間 （開始年月日） | 備考 | 審査エラー コード | |
|-------------|--------------|-------------|-----------|--------|-------------|--------------|-------|-----------|-----------|-----------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|------------|------------------|------------|-----------|-----|-----|--------|-------------|------|-------------------|----|--------------|------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | 被保険者証番 号 | 個人番号 | | | | |
| 1 | 501001 | 保険者01 | 000000001 | かこ`知` | 21 | H27.4 | H27.5 | 507000001 | サービス事業所01 | | 10 | H27.1.15 | | 現物 | +62 | 01 | #52 | 短期集中リハビリ加算 | 1 | 240 | | | | | | | | 14QH |

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が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。

| 区分 | 識別番号 | 特定診療費略称 | サービス利用条件 |
|-------|------|---------------|----------------------------|
| 特定診療費 | 5 2 | 短期集中リハビリ加算 | 入院（所）日から3月以内（過去3月の入院（所）なし） |
| 特別診療費 | 5 2 | 短期集中リハビリ加算 | 入院（所）日から3月以内（過去3月の入院（所）なし） |
| 特定診療費 | 5 5 | 認知症短期集中リハビリ加算 | 入院（所）日から3月以内（過去3月の算定なし） |
| 特別診療費 | 5 5 | 認知症短期集中リハビリ加算 | 入院（所）日から3月以内（過去3月の算定なし） |

対応・・①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下さい。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○をつけて返送して下さい。
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下さい。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

| | |
|----------|--------------|
| 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 27 年 10 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下さい。

「対象帳票」欄＝単独（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ヶ月超）

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」「単独」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 | 単独 | 501001 保険者 〇 1 | 0000000001 かこ 太郎 | H27. 4 | 52 @52 短期集中リハビリ加算 | 1 | 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） | | | | | | |
| | 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 | 再入所しているか | | | | | | する ・ しない | | | | | |

又は

| | |
|-------------|----------------|
| (確認調整結果記入欄) | 過誤 |
| 再入所日 ○月○日 | する ・ しない |
| 加算の算定日 20日 | |

再入所日と加算の算定日を記入して下さい。

単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（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 27 年 4 月 提供分

平成○年○月○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 | | 認定有効期間 | | 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（院） 年月日※1 | 退所（院） 年月日※2 | 現物/ 償還 | 縦覧 区分 | 縦覧 整理番号 | サービス 又は識別番号※3 | サービス名称 | 日数/ 回数 | 単位数 | 納費額 | 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) | 備考 | 審査エラー コード |
| 1 | 501001 | 保険者 〇 1 | 0000000001 | かこ 太郎 | 21 | H27. 4 | H27. 5 | 5070000001 | サービス事業所 〇 1 | | 10 | H26. 12. 1 | | 現物 | *62 | 02 | *52 | 短期集中リハビリ加算 | 1 | 240 | | | | | | | | | 140H |

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が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。

| 区分 | 識別番号 | 特定診療費略称 | サービス利用条件 |
|-------|------|---------------|----------------------------|
| 特定診療費 | 5 2 | 短期集中リハビリ加算 | 入院（所）日から3月以内（過去3月の入院（所）なし） |
| 特定診療費 | 5 5 | 認知症短期集中リハビリ加算 | 入院（所）日から3月以内（過去3月の算定なし） |
| 特別診療費 | 5 2 | 短期集中リハビリ加算 | 入院（所）日から3月以内（過去3月の入院（所）なし） |
| 特別診療費 | 5 5 | 認知症短期集中リハビリ加算 | 入院（所）日から3月以内（過去3月の算定なし） |

対応・・・①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下さい。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○をつけて返送して下さい。
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下さい。