

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 24 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ください。

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	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	H24. 8	43	6132	1	介護保険施設を退所した実績がありません	H24. 7	*****	*****	53	介護医療施設	
	確認の観点	(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					
	退所しているか、病院又は診療所への入院があるか								<input checked="" type="radio"/> する ・ <input type="radio"/> しない					

又は

(確認調整結果記入欄) 国保施設 〇月〇日～〇月〇日 40日間	過誤 <input checked="" type="radio"/> する ・ <input type="radio"/> しない
---	---

施設名称・入所期間を記入してください。

又は

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

医療機関名称・入院期間を
記入してください。

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
43	6132	居宅支援退院退所加算

報酬算定上の制限

- 施設・医療機関からの退所（院）にあたって、施設・医療機関と連携して居宅サービス計画を新規に作成した月に算定できます。ただし、居宅介護支援初回加算や介護老人福祉施設の在宅入所相互利用加算を算定している場合は算定できません。

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

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

- 対応・・・
- ①介護保険施設の退所にあたって算定している場合か確認してください。確認した結果、介護保険施設退所時に算定していることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に施設名称・入所期間を記入して、「過誤しない」に○をつけて返送してください。
 - ②医療機関の退院にあたって算定している場合か確認してください。確認した結果、医療機関退院時に算定していることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に医療機関名称・入院期間を記入して、「過誤しない」に○をつけて返送してください。
 - ③確認した結果、記載誤りや請求内容の誤りであった場合は、「過誤する」に○をつけて国保連へ返送してください。