

介護給付費請求明細書等の 内容照会について

平成26年12月

福井県国民健康保険団体連合会

1 介護給付費請求明細書等の内容照会について

国保連合会では保険者の委託を受け、過去に介護給付費を支払った請求について、複数月の請求における算定回数や他のサービス・医療給付との給付の整合性等について、内容点検を行っております。

内容点検において事業所への確認が必要な疑義が生じた場合、内容に応じて下記「2 照会文書一覧」にあるような照会文書を送付いたします。

照会文書が届いたら各「記入例」を参考に回答を記入し、期日までに国保連合会までにご返信ください。

(FAX 可)

なお、請求内容に誤りが認められた場合には、介護事業所の同意に基づき当連合会において過誤調整（請求の取下げ）を行うため、保険者への過誤申立は不要でありますので、ご注意ください。

また、過誤調整の結果は「介護給付過誤決定通知書」にてご確認いただけます。通知書でご確認後、必要に応じて、再請求を行ってください。

2 照会文書一覧

① サービス提供日・入所日確認届（医療給付情報突合）【記入例1参照】

被保険者の介護給付と医療給付の内容を点検した結果、利用実日数が重複するなど入所状況等の確認が生じた場合に送付します。

② 介護給付費縦覧確認参考表兼居宅介護支援費初回・退院退所加算確認届【記入例2参照】

居宅介護支援費初回加算及び退院退所加算の算定について、算定月が誤っているなど確認が生じた場合に送付します。

③ 介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届【記入例3参照】

短期入所等のサービス提供日に関して、利用実日数が重複するなど確認が生じた場合、居宅介護支援事業所に送付します。

④ 介護給付費縦覧確認表兼短期集中リハビリテーション実施加算確認届【記入例4参照】

被保険者が過去3ヶ月の間に施設等に入所しているなど、短期集中リハビリテーション実施加算の算定について、確認が生じた場合に送付します。

⑤ 介護給付縦覧確認表兼認知症短期集中リハビリテーション実施加算確認届【記入例5参照】

過去3ヶ月の間に認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定しており、加算の算定について確認が生じた場合に送付します。

⑥ 介護給付費縦覧確認表参考兼サービス提供確認届【記入例 6 参照】

居宅介護（予防）支援事業所において、居宅介護支援費の請求が行われているが、サービスを利用した実績が見受けられない場合に送付します。

⑦ 介護給付費縦覧確認表参考兼訪問リハ及び通所リハ実施加算確認届【記入例 7 参照】

訪問リハビリ及び通所リハビリ実施加算は、認定日及び病院・施設を退所（院）した日からの期間により算定の可否が決まりますが、その算定期間の起算日について確認が生じた場合に送付します。

⑧ 認定調査状況と利用サービス不一致確認表【記入例 8 参照】

認定調査状況と利用サービス内容が一致しない（例：歩行できるのに車いすをレンタルしている）など、被保険者の状態と利用サービスについて確認が生じた場合に送付します。

⑨ 照会事項【記入例 9 参照】

①～⑧以外の内容で請求内容について確認が生じた場合に送付します。

サービス提供日・入所日確認届 (医療給付情報突合)

記入例 1

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

この確認届は、平成99年99月99日()までにご返送ください。(Fax可)

平成99年99月99日
福井県国民健康保険団体連合会

事業所番号	1899999999	事業所名	〇〇〇〇
事業所担当者名	担当者A	連絡先(電話番号)	0776-99-9999

介護保険給付情報						医療保険給付情報(入院)			
保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類	サービス実日数	医療機関番号	医療機関名	診療年月	診療実日数
189999	9999999999	介護 太郎	H99.99	21	20	*****	*****	H99.99	11

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

30日超えの自費算定日は「自費」と記入してください。

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

サービスを行った日の時間帯に○をつけてください。

サービスを行っていない日は何も記入しないでください。

※短期入所の場合は、入所日には「入」、退所日には「退」と記入してください。また、30日を越えるため自費算定とした日は「自費」と記入してください。

※外 実際サービス提供を行った日数を記入してください。(自費算定日も含む)

サービス実日数	21日
---------	-----

介護給付費縦覧確認参考表兼居宅介護支援費初回・退院退所加算確認届

(平成 年 月縦覧審査分)

記入例 2

支援事業所番号	1899999999	支援事業所名	介護XXX
支援事業所 担当者名	担当者E	連絡先 (電話番号)	0776-99-9999

平成●●年●●月●●日
 福井県国民健康保険団体連合会
 業務課 介護障害グループ
 TEL 0776-57-1614
 FAX 0776-57-1615

居宅介護支援費に係る加算が算定されていますが、算定要件を確認のうえ「加算の確認届欄」「支援事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」項目に記入し、平成XX年XX月XX日(X)までに本会へ返送して下さい。(FAX可) また、請求に訂正等ありましたら、その旨を空欄に記載ください。本会から処理について連絡いたします。

居宅介護支援(予防)介護給付費明細情報						加算の確認届欄					過誤する(下記※3参照)	
証記載 保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス 提供月	サービス 種類	サービス名称(回数)	該当する作成 区分 (下記※1参照)	退院(所)前 区分 (下記※2参照)	退院(所)した病院又は 施設の名称	入院(所)日	退院(所)日		
189999	999999999	カイゴ タロウ	HXX/XX	46	介護予防支援(0)							
189999	999999999	カイゴ タロウ	HXX/XX	46-4001	介護予防支援初回加算(1)	④						○
189999	999999999	カイゴ ジロウ	HXX/XX	46-6132	居宅支援退院退所加算		②	XXXX	H26.2.15	H26.4.20		

下記※1を参照し、算定した理由①～④を記入してください。

請求誤りを確認し、請求の取下げに同意する場合は○をつけてください。

下記※2を参照し①～③を記入してください。

請求誤りを確認し、請求の取下げに同意する場合は○をつけてください。

(※1)「作成区分」は「新規作成の場合」は①、「要支援者が要介護認定を受けた場合」は②、「要介護状態区分が2段階以上の変更の場合」は③、「請求誤りの場合」は④を記入してください。
 (※2)退院(所)前の所在が「病院又は診療所」は①、「老人保健施設」は②、「老人福祉施設」は③を記入してください。
 (※3)過誤を行う場合には○を記入して下さい。

介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届（平成99年9月縦覧審査分）

記入例 3

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

この確認届は、平成99年9月99日()までにご返送ください。（Fax可）

平成99年9月99日
福井県国民健康保険団体連合会

居宅介護支援事業所番号	1899999999	居宅介護支援事業所名	介護XXX
事業所担当者名	担当者G	連絡先(電話番号)	0776-99-9999

保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事業所番号	事業所名	サービス種類	サービス実日数
189999	9999999999	カイゴ タロウ	H99. 99	1899999999	介護XXX	短期入所	19日

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

30日超えの自費算定日は「自費」と記入してください。

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

サービスを行った日の時間帯に○をつけてください。

サービスを行っていない日は何も記入しないでください。

※短期入所の場合は、入所日には「入」、退所日には「退」と記入してください。また、実際にサービス提供を行った日数を記入してください。（自費算定日も含む）

サービス実日数	20日
---------	-----

介護給付費縦覧確認表兼短期集中リハビリテーション実施加算確認届 (平成99年99月縦覧審査分)

記入例 4

短期集中リハビリテーション実施加算は、過去3ヶ月間の間に、施設に入所した実績がある場合は算定できません。下記の情報について、入院情報に必要事項を記入してください。また、印字項目に誤りがありましたら訂正をして提出してください。

なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせすることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」も記入してください。

この確認届は、平成XX年XX月XX日(X)までに返送して下さい。(Fax可)

平成99年99月99日
福井県国民健康保険団体連合会

指定事業所番号	1899999999999	事業所名	介護XXX
事業所担当者名	担当者D	連絡先(電話番号)	0776-99-99999

確認対象情報						前入所実績情報				入院情報記入欄				過誤する (下記※2参照)
保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	サービス種類	起算日摘要欄	施設名	サービス提供月	施設入所日	施設退所日	該当する区分 (下記※1参照)	該当する区分が①以外の場合に記入			
											入院(所)先名称	入院(所)日	退院(所)日	
189999	99999999999	介護 太郎	H99.99	保険施設短期集中リハ加算	999999999					①				○
189999	88888888888	介護 次郎	H99.99	保険施設短期集中リハ加算	999999999	介護〇〇〇	H99.99	H99.99.99	H99.99.99	③	XX病院	H26.1.10	H26.1.20	

入院(所)情報を記入していただく欄です。
下記を参照し、①～④で該当する番号を記入してください。

該当する区分が①以外の場合、入院(所)情報を記入してください。

加算の算定が誤っていると確認し、請求の取下げに同意する場合は○をつけてください。

※1 該当する区分は、①入院なし、②4週間以上の入院、③4週間未満の入院であるが、アまたはイに該当する状態、④4週間未満の入院であり、アまたはイに該当しない
 ア. 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症(低酸素脳症等)、髄膜炎等を急性発症した者
 イ. 上・下肢の複合損傷(骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち三種類以上の複合損傷)、脊髄損傷による四肢麻痺(一肢以上)、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断(義肢)、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者

(※2) 過誤を行う場合には○を記入して下さい。

介護給付費縦覧確認表兼認知症短期集中リハビリテーション実施加算確認届 (平成99年99月縦覧審査分)

記入例 5

認知症短期集中リハビリテーション実施加算は、過去3ヶ月間の間に、同加算を算定した実績がある場合は算定できません。下記の情報について、必要事項を記入してください。また、印字項目に誤りがありましたら訂正をして提出してください。

なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」も記入してください。
この確認届は、平成2X年XX月XX日(X)までに返送して下さい。(Fax可)

平成99年99月99日
福井県国民健康保険団体連合会

指定事業所番号	1899999999	事業所名	介護XXX
事業所担当者名	担当者B	連絡先(電話番号)	0776-99-9999

確認対象情報						前入所実績情報				入院情報記入欄				過誤する (下記※2参照)
保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	サービス種類	起算日摘要欄	施設名	サービス提供月	施設入所日	施設退所日	該当する区分 (下記※1参照)	該当する区分が①以外の場合に記入			
											入院(所)先名称	入院(所)日	退院(所)日	
189999	9999999999	介護 太郎	H99.99	保険施設認知症短期集中リハ加算	99999999					②	XX病院	H26.2.12	H26.3.15	
189999	8888888888	介護 次郎	H99.99	保険施設認知症短期集中リハ加算	99999999	介護〇〇〇	H99.99	H99.99.99	H99.99.99	①				○

入院(所)情報を記入していただく欄です。
下記を参照し、①～③で該当する番号を記入してください。

該当する区分が①以外の場合、入院(所)情報を記入してください。

加算の算定が誤っていると確認し、請求の取下げに同意する場合は○をつけてください。

※1 該当する区分は、①入院なし、②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し入院、③②以外の病名での入院

(※2)過誤を行う場合には○を記入して下さい。

介護給付費縦覧確認表参考兼訪問リハ及び通所リハ実施加算確認届

(平成99年99月縦覧審査分)

記入例 7

指定事業所番号	1899999999	事業所名	介護XXX
事業所担当者名	担当者G	連絡先 (電話番号)	0776-99-9999

平成●●年●●月●●日
福井県国民健康保険団体連合会

当該加算は、認定日及び病院・施設等を退所(院)した日からの期間により算定可否が決定します。下記の情報について、市町村の認定日を記入して下さい。施設・医療機関の退所(院)があった場合は、退院(所)情報も記述して下さい。なお、提出して記入していただいた内容について、本会から問合せすることがありますので、上記の「事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」も記入して下さい。この確認届けは、平成99年99月99日までに返送して下さい。(Fax可)

確認対象情報							確認内容				過誤する(下記※2参照)
証記載 保険者番 号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス 提供月	種別	サービス名称	算定可能期間	要介護認定申請日	病院・施設等の退院(所)情報			
								入院(所)先名称	入院(所)日	退院(所)日	
189999	9999999999	カイゴ タロウ	H26/05	短期	通所リハ短期集中リハ加算1	1ヶ月以内	H26.3.15				○
189999	8888888888	カイゴ ジロウ	H26/05	短期	通所リハ短期集中リハ加算1	1ヶ月以内	H26.3.20	XX病院	H26.4.2	H26.4.29	

確認対象のサービスと算定可能期間が記載されます。

市町村に要介護認定の申請を行った年月日を記入してください。
また、入院(所)の実績がある方は入退所日等必要事項を記入してください。

加算の算定誤りを確認し、請求の取下げに同意する場合は○をつけてください。

(※2) 過誤を行う場合には○を記入して下さい。

照 会 事 項

記 入 例 9

次の事項について、ご回答をお願いします。

保険者番号	189999	事業所番号	18XXXXXXXXX
被保険者番号	999999999	サービス提供月	HXX/XX
被保険者名	介護 太郎		
照会内容	照会文が記載されます。		
ご回答	請求内容について確認した結果、どちらかに○をつけてください。 確認の結果 { <input type="checkbox"/> 1. 請求内容に訂正があるため、本書にて過誤処理することに同意します。 <input type="checkbox"/> 2. 上記理由の結果、訂正はありません。 (どちらかに○印をお願いします。)		

上記のとおり回答します。
平成 年 月 日

必要事項を記入してください。

事業所名 _____

施設長又は管理者名 _____

印

担当者名 _____

連絡先(電話番号) _____

(*) 上記回答に基づく過誤調整は本会が行うため、保険者への過誤申立は必要ありませんのでご留意ください。
なお過誤調整を実施した場合には、過誤決定通知書にてご通知しますので、ご確認ください。

ご回答は、平成XX年XX月XX日までをお願いします。

【連絡先】 福井県国民健康保険団体連合会
業務課 介護障害グループ

TEL 0776-57-1614
FAX 0776-57-1615

本会の照会についてご対応いただき、ありがとうございました。