介護給付費請求明細書等の 内容照会について

令和5年4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の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すので、ご留意ください。

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。

令和●●年●●月突合分

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、 $\underline{\land}$ $\underline{\land}$

令和●●年●●月●●日 福井里国民健康保险团体連合会

												1	油开乐国民健康	保険団体連合会			
<u>=</u>	事業所番	号		1899999999	9		事業所名		0000)							
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		サービス	サービス 種類	サービス実日数	医療機関番号		<u> </u>		診療年月	診療実日数			
189999	9	9999999999	介記	養 太郎	令和	●●年●●月	21	20	****	****	*	*****	令和●●年●●月	11			
									- 	_		ж г	<i>* 仁 - t -</i> 口 の吐	明世に○た○			
	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10	日	けてください	を行った日の時 ヽ 。	間帯にしをフ			
午前	0	0	自費	0	0	0	退						を行っていない	日は何も記入			
午後	0	0	自費	0	0	0			入			しないでくた	ごさい 。				
	超えの自然		13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20	日	「入」、退所	所の場合は、 日には「退」と	己入してくださ			
	ださい。		退					入	0)		80日を越えるた 自費」と記入して				
午後	0	0		ださい。入	所日に「ノ	にOをつけ し、退所日	r /	0	0)		際にサービス排 日数を記入して				
	21日	22日	23日	「返」と記り は「外」と記り		さい。外泊の ださい。)場合	28日	29日	善求に	誤りがあっ		自費算定日も含				
午前	0	0	0		V					過誤調	融がある 整を行いる に○をつい	ますので、					
午後	0	0	0	0	0	退				H. W.			-ビス実日数	21日			
※サービス	※サービス提供日の回答に基づき、実績明細書に対して過誤(取り下げ)を行うことに同意する場合は〇印を記載ください。 過誤同意欄(※)																

介護給付費縱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 (令和 年 月縱覧審查分)

 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
 連絡先 (電話番号)
 0776-99-9999
 記 入 例 2

令和●●年●●月●●日

福井県国民健康保険団体連合会

審査課 介護・障がい室 TEL 0776-57-1614 FAX 0776-57-1625

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、 令和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。

						FAX U//6-5/-1625						
		居宅介護支援(予防)介	護給付費明約	田情報				加算の確認届欄			過誤す	
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	過誤9 る(下 記※3 参照)	
189999	999999999	カイゴ タロウ	R04/02	46	介護予防支援(0)							
189999	99999999	カイゴ タロウ	R04/03	46-4001	介護予防支援初回加算(1)	4					70	
					記※1を参照し、算定した ①~④を記入してください				」 請求に誤りがあ 過誤調整を行い 同意欄に○をつ	ますので、		
189999	999999999	カイゴ ジロウ	R04/04	46-6132	居宅支援退院退所加算		2	XXXX	R4.2.15	R4.4.20		
					下記※2を参入してくださ		艺記					

^{(※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〇を記入して下さい。

介護給付費縱覧確認表兼サービス提供日確認届 (令和●●年●●月縱覧審査分)

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。

令和●●年●●月●●日 福井県国民健康保険団体連合会

居宅介	護支援事業	美所番号		1899999999	9	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	連絡先(電話番号) 0776-99-9999				
归险老哥	保険者番号 被保険者番号 被保険者					ᆙᄀᄪᄺᄆ	+ *	r v D		± ₩=r		ユレードラズチ北京		
18999		如保険百番 ⁻ 9999999999		は保険者氏: ゴ タロワ	-	ービス提供月		听番号 199999	介護XXX	事業所	'名	サービス種類 短期入所	サービス実日数 19日	
									111111111111111111111111111111111111111		1			
	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	 	ービスを行った日の	時間帯に〇を	
午前	0	0	自費	0	0	0	退)ı	けてください。		
午後	0	0	自費	0	0	0						ービスを行っていな しないでください。	い日は何も記	
	11日	120	13日	14日	15日	16日	17日	188	10日	20日				
	30日超えの定日は「自					入	0	ださ	たしている時 い。入所日	に「入」、退	.所日に A	(短期入所の場合は		
午後	してください	١,				0	0 .		」と記入して	ください。		<u>」、退所日には「退」。</u> また 実際にサービ	ス提供を行っ	
	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	<u>اع</u> 31⊟	た日数を記入 た日 (自費算定日 も		
午前	0	0	0	0	0	0	0	0			あった場合は、		\neg	
午後	0	0	0	0	0	0	0	退			いますので、	サービス実日数	20日	
※サービス	*サービス提供日の回答に基づき、実績明細書に対して過誤(取り下げ)を行うことに同意する場合は〇印を記載ください。 過誤问意欄(※)													

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 (令和●●年●●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。<u>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。</u>

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、令和●●年●●月●●日(●)までに返送して下さい。(Fax可)

令和●●年●●月●●日 福井県国民健康保険団体連合会

指定事業所番号	189999999999	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	手 報		入院情報記入欄				過誤する
归 险	地 伊险老哥里	被保険者氏名	サービス	サービス	起算日	施設名	サービス	施設	施設	該当する区分	該当する区分	が①以外の場	合に記入	(下記※
保険者番号	被保険者番号	被休 快有氏石	提供月	種類	摘要欄	他設石	提供月	入所日	退所日	(下記※1参照)	入院(所)先名称	入院(所)日	退院(所)日	2参照)
189999	9999999999	介護 太郎	R04.04	加算	99999999					1				0
189999	888888888	介護 次郎	R04.04	保険施設短 期集中リハ 加算	99999999	介護〇〇〇	R04.02	R04.01.02	R04.02.03	3	XX病院	R04.02.04	R04.03.31	
														$/\!$
						入院() く欄で	所)情報を記 す。	入していた	-ti	場合、入	区分が①以外の院(所)情報を記			
						下記を	参照し、①~ を記入して<	_	i đ	入してくか				
											過誤	こ誤りがあっ 調整を行い	ますので、	
											同意	欄に○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・靱帯、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

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 (令和●●年●●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、令和●●年●●月●●日(●)までに返送して下さい。(Fax可)

令和●●年●●月●●日 福井県国民健康保険団体連合会

指定事業所番号	189999999	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				前力	人所実績 情	青報			入院情報記入	人欄		過誤する
保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス	サービス	起算日	施設名	サービス	施設	施設	該当する区分	該当する区分	1		(下記※
体队日田 5		拟体队省以右	提供月	種類	摘要欄	がいた。	提供月	入所日	退所日	(下記※1参照)	入院(所)先名称	入院(所)日	退院(所)日	2参照)
189999	999999999	介護 太郎	R04.04	保険施設認 知症短期集 中リハ加算	99999999					2	XX病院	R04.02.04	R04.03.31	
189999	888888888	介護 次郎	R04.04	保険施設認 知症短期集 中リハ加算	99999999	介護〇〇〇	R04.02	R04.01.02	R04.02.03	1)				0
						入院(所)情 (欄です。	報を記え	入していた	だ	場合、入	る区分が①以外(、院(所)情報を言			
						下記を参照る番号を記			す	入してく	ださい。			
											=+ 1			
											過誤	に誤りがあ 調整を行い	いますので、	
											问息	、欄にOをつ 	17 (20</td <td></td>	

※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

介護給付費縦覧確認表参考兼サービス提供確認届

(令和●●年●●月縦覧審査分)

記 入 例 6

支援事業所番号189999999999支援事業所名介護XXX支援事業所
担当者名連絡先
(電話番号)0776-99-9999

令和●●年●●月●●日

福井県国民健康保険団体連合会

審査課 介護・障がい室

TEL 0776-57-1614 FAX 0776-57-1625

※サービス提供事業所にサービス提供の有無を確認の上、その結果を「サービス提供確認届欄」に記入し、令和●●月●●日(●)までに本会へ返送して下さい。 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。(FAX可)

	居宅介	護支援(予防)介護給付	費明細情報	段			給付管理票情報		サービス提供確認届欄	過誤する
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	サービス名称	サービス 種類	サービス事業所	サービス事業所名称	計画単位数	(有・無のいずれかを ○で囲んで下さい。)	(下記※ 参照)
189999	1234567890	カイゴ タロウ	R04/04	OO#-L`Z	12	1899999999	介護XX1	2,500	御・ 無	
189999	9999999999	カイゴ ジロウ	R04/04	OO#-L`Z	15	1800000000	介護XX2	5,800	有·無	Ò
									有·無	
				早 史介護 (李	₹¼₽/≠ŧ	空車業品におい	て、居宅介護支援費の請求が行わ		有·無	7
							で、店宅介護又援員の調ぶが1147 • 績が見受けられない場合に、確認届		有·無	
				を送付します	- 0		ſ		有·無	
				お付管埋票を提供していた。	情報に記 こかどう2	c載されている [†] か確認し、サーl	サービス事業所が実際にサービスを ビスの提供があれば「有」に〇を、		有·無	
							Oをつけてください。		有∙無	
							<i>_</i>		有••	
									植	
									が無い場合は計画費の	
									。過誤調整を行います	ので、
								意欄に○をつ	1) (\/:201.	ر
									有∙無	
									有∙無	
									有∙無	
									有∙無	
									有∙無	
									有∙無	
									有∙無	

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

(令和●●年●●月縦覧審査分)

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

記 入 例 7

令和●●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、令和●●年●●月●●日までに返送して下さい。(Fax可) 過誤す 確認対象情報 確認内容 る(下記 証記載 病院・施設等の退院(所)情報 サービス 提供月 ※2参 種別 保険者番 被保険者番号 被保険者氏名 サービス名称 算定可能期間 要介護認定申請日 照) 入院(所)先名称 入院(所)日 退院(所)日 通所リハ短期集中リハ 1ヶ月以内 189999 999999999 カイゴ タロウ R04/04 短期 R04.2.15 0 加算1 通所リハ短期集中リハ 888888888 カイゴ ジロウ R04/04 短期 1ヶ月以内 189999 R04.2.15 XX病院 R04.3.2 R04.3.29 加算1 確認対象のサービスと算定可能 市町村に要介護認定の申請を行った年月日を記入 期間が記載されます。 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。 請求に誤りがあった場合は、 過誤調整を行いますので、 同意欄に〇をつけてくださ

認定調査状況と利用サービス不一致確認表

記 入 例 8

居宅支援事業所番号 1899999999 連絡先を記入 居宅支援事業所名 NNNNNNNNNNNN令和●●年●●月●●日 してください。 居宅支援事業所担当者名 連絡先(電話番号) 担当者C 0776-99-9999 福井県国民健康保険団体連合会 令和●●年●●月●●日(●) オでに国保連合会まで回答してください。(Fax可) 過誤の 記号 項目 /k月 要介護度 保険者番号 被保険者情報 サービス事業所情報 利用サービス チェック区分 確認内容 算定不可 同意欄 (X)「通院等乗降介助加算」、「送迎 サービス事業所N 9999999999 99-9999 短期入所生活介 歩行:できる 移乗:自立 移動 加算」、「(予防)訪問看護、 50 999999 №9/09|要介護1|999999999|NNNNNNNN できる 障害高齢者自立度: J2 可 · 不可 (予防) 訪問リハ」、「(予防) 護送迎加算 意見書:自立 カイコ゛タロウ NNNN居宅療養管理指導 | 担当者名を記 利用者の認定調査情報が記 入してくださ 請求に誤りが 確認対象の利用サービス内容 載されています。 あった場合は、 が記載されています。 過誤調整を行 いますので、 被保険者の状態に対し利用サービスが適切だと判 同意欄に〇を 断するときは「可」に〇をつけ、空欄または別紙(様 つけてください。 式は任意)にその理由を記入してください。 被保険者の状態に対し利用サービスが不適正で あったと判断するときには「不可」に〇をつけてくだ さい。

[※]算定不可のうち、自事業所分における実績明細書に対して過誤(取り下げ)を行うことに同意する場合には〇印を記載ください。

^{※「}可」の場合は、空欄または別紙(様式は任意)にその理由を記入してください。

照 会 事 項

次の事項について、ご回答をお願いします。

記 入 例 9

保険者番	:号		189999	事業所番号	18XXXXXXXXX
被保険者	番号		99999999	サービス提供月	令和●●年●●月
被保険者	名	介護	太郎		
照会内容					照会文が記載されます。
じ回答		どちらた	↓ │ □ 2. 上記理由の結果、i		
	令和	年 事業所 施設長 担当者	答します。 月 日 - -		必要事項を記入してください。

(*)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 <u>ご留意ください。</u> 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、令和●●年●●月●●日までにお願いします。

【連絡先】 福井県国民健康保険団体連合会 審査課 介護・障がい室

> TEL 0776-57-1614 FAX 0776-57-1625

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。