

※ 連合会に返送する際、この送付書を必ず添付してください。

送付書

【提出書類年月日】 令和 年 月 日

福島県国民健康保険団体連合会
介護福祉課 適正化業務担当 行

介護給付適正化(縦覧・医療突合審査)確認表等の送付について

このことについて下記の通り提出します。

事業所番号	0	7							
事業所名									
担当者名									
電話番号									

提出類の確認

※対象の送付書類の枚数をご記載のうえ郵送で下記の住所までご返送ください。

	送付書	枚数	備考
①	介護給付適正化(縦覧・突合審査)確認表等の送付について	1枚	・本送付書です

	帳票名	枚数	備考
② ※2	介護給付費縦覧審査確認表 (請求事業所)	枚	・連合会から送付した、確認表です。 過誤「する・しない」に○をつけたかご確認ください ※必ずしも全帳票が出力されるわけではございません。出力内容によって、確認表の(支援事業所)(請求事業所)の記載が異なりますので、必ず確認表の表題をお確かめ下さい。
	介護給付費縦覧審査確認表 (支援事業所)	枚	
	介護給付費医療突合審査確認表 (請求事業所)	枚	

	添付書類	枚数	備考
③	サービス提供日/入所日確認表	枚	・手引き等の記入例で提出が必要になっている場合は、上記確認表と併せて送付してください。

※1 複数の事業所番号をお持ちの場合は、必ず事業所番号ごとに本送付書をご記載ください。

※2 出力された確認表の枚数に漏れがないかお確かめください。返送漏れにご注意ください。

※ 上記枠内の提出書類以外は送付しないでください。

提出書類の返送先

〒960-8043
福島市中町3番7号

福島県国民健康保険団体連合会
介護福祉課 適正化業務担当 行