介護給付費縦覧審査の手引き

（介護給付縦覧審査確認表記入例）

令和３年５月

福島県国民健康保険団体連合会
介護福祉課

＜目次＞

１．介護給付費縦覧審査とは ･･ ５

２．令和３年度「介護給付費縦覧点検」処理日程について ･･ ６

３．介護給付費縦覧審査処理日程フロー図（例） ･･ ７

４．介護給付費縦覧審査確認表についての留意事項･･ ８

５．介護給付費縦覧審査確認表の例 ･･ １０

６．事業所向け縦覧帳票の例 ･･ １１

７．適正化にかかる過誤申立情報一覧表の例 ･･ １４

８．介護給付費縦覧審査確認表の対応について ･･ １５
＜縦覧点検出力事由の一覧＞ ･･ １５
・（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 ･･････････････････････ ２２

・(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 ･････････････ ２４
・(算定*04)介護保険施設を退所した実績がありません ･･･ ２８
・(算定*04)介護保険施設の入所実績がありません ･･･ ３０
・(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 ･･･ ３２
・(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） ･･･ ３４
・＜サービス提供日／入所日確認表の記入例＞ ･･･ ３６
・(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 ･････････････････････････････ ３７
・(算定*08)試行的退所時指導加算を複数回算定しています ･････････････････････････････････････ ３９
・(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 ･････････････････････ ４１
・(算定*10)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 ･･･ ４３
・(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 ･････････････････････････････････ ４５
・(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 ･････････････････････････ ４７
・(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 ･････････････ ４９
・(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 ･････････････････ ５１
・(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･････････････････････････････････ ５３
・(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*19)認定有効期間開始年月日又は居宅サービス計画費作成届出年月日から
６月超に算定しています ･･･ ６４
・(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 ･････････････････････････ ６６
・(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 ･･･ ６８

・(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 ・・・

・(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．介護給付費縦覧審査とは

国保連合会（以下、「国保連」）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。国保連が介護給付費縦覧審査を実施した結果に基づいて、保険者及び事業所が請求誤り等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。

＊＊＊介護給付費縦覧審査の流れ＊＊＊

（１）国保連から以下の帳票が送付されます。
※介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所・支援事業所）
①算定期間回数制限チェック一覧表（請求事業所）
②重複請求縦覧チェック一覧表（請求事業所）
③居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表（支援事業所）
④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）

（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、「4. 介護給付費縦覧審査確認表についての留意事項」並びに「8. 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。**※必ず「過誤する・しない」のどちらかに○をつけてください。**

（３）記入した「介護給付費縦覧審査確認表」を提出期限までに福島県国保連合会　介護福祉課宛に**郵便で**返送してください。（ＦＡＸ不可）
※「介護給付費縦覧審査確認表」において、「過誤する」と回答したものについては、保険者に過誤申出の必要はありません。
※添付資料（サービス提供日／入所日確認表：Ｐ116）が必要な場合は一緒に送付してください。

（４）国保連は、返送された「介護給付費縦覧審査確認表」や事業所が過去に提出した請求明細書及び給付管理表に基づいて縦覧審査を行い、保険者へ縦覧審査結果を送付します。
保険者は、国保連から送付された縦覧審査結果を確認し、確認した結果、過誤する必要がある請求については、国保連へ過誤依頼書を提出します。

（５）事業所は「介護給付費縦覧審査確認表」において「過誤する」と回答したものについて、請求を正しい内容に修正して再請求してください。

２．令和３年度 「縦覧・医療情報との突合点検処理」日程表

点検サイクル （点検対象サービス月）	①	②	③	④	⑤
	「介護給付費縦覧/医療突合審査確認表」送付	「介護給付費縦覧/医療突合審査確認表」回答締切	「適正化にかかる過誤申立情報一覧表」送付	再請求明細書締切	「介護給付費過誤決定通知書」送付
	連合会→事業所	事業所→連合会	連合会→事業所	事業所→連合会	連合会→事業所
第Ⅰ期点検 （令和２年５月～7 月）	R3/ 5/17（月）	R3/ 5/31（月）	R3/ 7/26（月）	R3/ 8/10（火）	（伝送） R3/ 9/ 6（月） （郵送） R3/ 9/24（金）
第Ⅱ期点検 （令和２年８月～10 月）	R3/ 8/16（月）	R3/ 8/31（火）	R3/10/25（月）	R3/11/10（水）	（伝送） R3/12/ 6（月） （郵送） R3/12/24（金）
第Ⅲ期点検 （令和２年 11 月 ～令和３年１月）	R3/11/15（月）	R3/11/30（火）	R4/ 1/25（火）	R4/ 2/10（木）	（伝送） R4/ 3/ 7（月） （郵送） R4/ 3/25（金）
第Ⅳ期点検 （令和３年２月～4 月）	R4/ 2/15（火）	R4/ 2/28（月）	R4/4/25（月）[予定]	R4/5/10（火）[予定]	（伝送） R4/ 6/ 6（月）[予定] （郵送） R4/ 6/24（金）[予定]

①「介護給付費縦覧審査確認表」送付

⇒上記の各点検対象サービス分について、本会で点検審査処理を実施した結果、請求内容に疑義がある場合に該当事業所へ「確認表」により照会をさせていただきます。

②「介護給付費縦覧審査確認表」回答締切

⇒①により照会した内容について、確認調整結果を記入した「確認表」を上記の期限までに本会へ郵送にて返送していただきます。

③「適正化にかかる過誤申立情報一覧表」送付

⇒②により『過誤申立をする』と回答した場合、保険者での点検（確認）を経た後、当該請求明細書の情報を伝送請求事業所の場合は伝送、その他の事業所へは郵送にて本会より通知します。

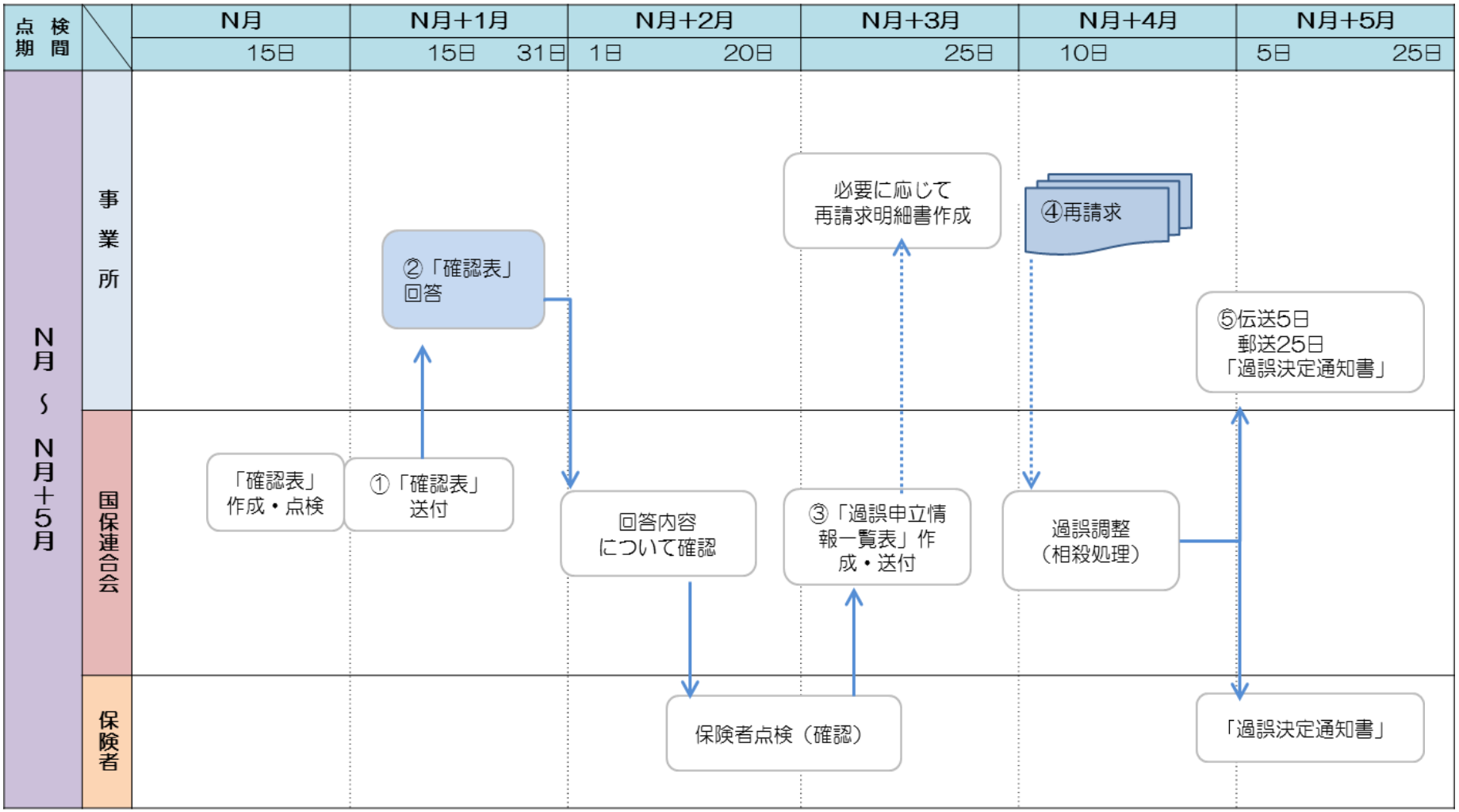
④再請求明細書締切

⇒③にて通知した請求明細書分について、必要に応じて再請求していただきます。（通常の介護請求明細書の請求受付と同日です。）

⑤「介護給付費過誤決定通知書」送付

⇒当該過誤対象となった請求明細書について、過誤処理した結果を通知します。

３．介護給付費医療突合審査処理日程フロー図（例）



※処理フロー図上の①～⑤については、Ｐ6 処理日程の①～⑤と同じ処理内容です。

４．介護給付費縦覧審査確認表についての留意事項

以下の縦覧点検出力事由で確認の結果「過誤しない」とした場合は、確認表の[確認調整結果記入欄]に必須項目を記入してください。また、必要に応じて「サービス提供日/入所確認表」（P116）を添付し提出してください。

帳票名	縦覧点検出力事由	必須項目	「サービス提供日／入所日確認票」
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）	——	提出　有
	短期生活長期利用所減算の対象となる可能性があります。	①退所日　②退所後自宅等で過ごした日 ③再入所日	提出　有
	退院(所)日又は認定日から 3 ヶ月超の場合に請求しています	①施設名又は医療機関名又は認定日 ②入退院(所)日（①が施設又は医療機関の場合のみ） ③加算の算定日	提出　無
	入所日から過去 3 ヶ月以内に施設に入所しています	①医療機関名　②入院期間 ③傷病名　④再入所日	提出　無
	過去３カ月以内に認知症短期集中リハ加算を算定しています。	①医療機関名　②入退院日　③疾患名 ④再入所日　⑤加算の算定日	提出　無
	介護保険施設を退所した実績がありません/介護保険施設の入所実績がありません	①施設名又は医療機関名 ②入所（院）日 ③退所（院）日	提出　無
	過去に居宅サービス計画費を算定しています	①要支援者が要介護認定を受けた認定日又は要介護区分が 2 区分以上変更された認定日	提出　無

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）	①開始年月日　　②加算の算定日	提出　無
	入所日から 3 ヶ月超え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入所日　　②加算の算定日	提出　無
居宅	サービス計画費の請求はあるが、介護サービス給付実績がありません。 （支援事業所向け）	①介護サービス提供実績の有無 ※確認表の関連情報に出ているサービス事業所の「日数回数」欄へ実績の有無を記入してください。 ※居宅サービス計画を作成したが、新型コロナの影響で予定されていたサービスの利用がなかった場合はその事実を「結果記入欄」に記入して下さい。	提出　無
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、又は同事算定不可なサービスが存在します。	——	提出　有

※[サービス提供日／入所日確認表]が提出「有」になっているものは、必ずサービスを行った日を確認表に記載してください。

５．介護給付費縦覧審査確認表の例

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○年○月　縦覧審査分

平成○年○月○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
	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					
	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					

６．事業所向け縦覧帳票の例

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

平成○年○月　提供分

平成○年○月○日
□□県国民健康保険団体連合会

事業所番号		事業所状態	
事業所名			

基本情報															明細／特定情報								国民健康保険						
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	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

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

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

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）

平成○年○月　提供分

事業所番号		事業所状態	

事業所名	

平成○年○月○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							
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	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

７．適正化にかかる過誤申立情報一覧表の例

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

８．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	
２３	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
２５	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
２７	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		
２９	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
３１	算定	介護保険施設の入所実績がありません			
３３	算定	施設退所後既に訪問看護費を算定しています			
３５	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
３７	－	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）			
３８	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	
４０	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）
４２	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
４４	算定	退院（所）日又は認定日から１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・通所リハ （短期集中リハ加算１・２） 通所リハ （個別リハ加算） 訪問リハ （短期集中リハ加算） 通所リハ （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 ※短期集中リハ加算１・２については、平成 27 年 3 月サービス分まで対象 ※個別リハ加算については、平成 24 年 3 月サービス分まで対象
	算定	退院（所）日又は認定日から１ヶ月以内又は３ヶ月超の場合に請求している可能性があります			
	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			
	算定	退院（所）日又は認定日から３ヶ月以内の場合に請求している可能性があります			
４６	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
４８	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）		
５０	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			

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	
		している可能性があります			
５２	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		
５４	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		
５７	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
５９	算定	介護保険施設の入所実績がありません			
６１	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			
６３	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			
６５	算定	認定有効期間開始年月日又は居宅サービス計画費作成届出年月日から６月超に算定しています	居宅療養管理指導 （看護職員等）	*19	サービス提供開始後６月 ※H24 年 4 月サービス以降、H30 年 9 月サービス分まで対象
６７	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）
６９	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す	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			

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	
７１	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
７３	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
７５	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
７７	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
	－	サービス提供日／入所日確認表の記入例			
７９	－	（居宅サービスの例）			
８０	－	（福祉用具貸与サービスの例）			
８１	－	（短期入所サービスの例）			
８２	－	（施設サービスの例）			
８３	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
８５	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

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）		
	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）		
８７	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
８９	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
９０	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
９２	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
９４	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		
９６	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

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	
９８	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
１００	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（退所前連携加算）		
１０２	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			
１０４	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）		
１０６	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）			
１１０	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

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	
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）	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）			

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	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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.4	17 車いす貸与特地加算	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	5070000001 サービス事業所０１	99-9999-9999	17 車いす貸与特地加算	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）

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

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所０１		

基本情報															明細／特定情報							国民健康保険						
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.03	H27.04	5070000001	サービス事業所０１		2	H27.3.1		現物	*01	01	17-8001	車いす貸与特地加算	1	100								
1	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		2	H27.4.1		現物	*01	01	17-8001	車いす貸与特地加算	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。

原因・・「確認対象情報」と同一のサービスコードによる請求が、前月以前にもある場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
（「関連情報」には前月以前の同一サービスコードによる請求が表示されます。）

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」に〇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＊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	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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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 ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	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	5070000001 サービス事業所０１	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） 請求誤りのため過誤			過誤 する ・ しない						
	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												

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。

又は

（確認調整結果記入欄）	過誤
認知症高齢者の日常生活自立度　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）

平成 27年 4月　提供分

事業所番号	5070000001	事業所状態	

事業所名	サービス事業所０１

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						
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	24	H27.03	H27.04	5070000001	サービス事業所０１		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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	24	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		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、Ｍの者は過去１ヶ月以内。）

原因・・「確認対象情報」のサービス提供年月の前３ヶ月間に、同一入所（院）年月日の請求があり、入所日から退所日までの期間が３０日を超えている場合に出力されます。前月以前の請求や、引き続き入所している分も合算されます。
（「関連情報」欄には合算されている請求が表示されます。請求明細書に記入されている入所年月日は「算定期間回数制限縦覧チェック一覧表」に表示されます。）

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」に〇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」に〇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＊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	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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.4	52 保健施設認知症緊急対応加算２	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	5070000001 サービス事業所０１	99-9999-9999	52 保健施設認知症緊急対応加算２	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												

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	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	5070000001	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

基本情報															明細／特定情報								国民健康保険						
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.03	H27.04	5070000001	サービス事業所０１		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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		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（短期入所生活介護緊急短期入所受入加算は１４回）算定可能なサービスです。

原因・・「確認対象情報」のサービス提供年月と前月に、同一事業所、同一入所（院）年月日の請求があり、制限回数を超えている場合に出力されます。
（「関連情報」には前月の同一サービスコードによる請求が表示されます。）

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」に〇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」に〇をつけて国保連へ返送して下さい。

「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

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。

□□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 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.4	13 訪問看護退院時共同指導加算	4003	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）	過誤
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 ○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）

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

事業所番号	5070000001	事業所状態	

事業所名	サービス事業所０１

基本情報															明細／特定情報								国民健康保険						
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	24	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		2			現物	*04	02	13-4003	訪問看護退院時共同指導加算	1	600								

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 2 回算定可能なサービスです。

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ます。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。

「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

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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 ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	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						
	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	病院又は診療所への入院があるか												

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	5070000001	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

基本情報															明細／特定情報								国民健康保険						
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	24	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		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 2 回算定可能なサービスです。

原因・・介護保険施設の入所実績がない場合に出力されます。

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。

「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

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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」のいずれかに〇を付けて平成□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	0000000001	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	
		保険者０１	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ		訪問看護退院時共同指導加算					**********		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。								H27.3	5070000001	99-9999-9999	13	
										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											

（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）
施設退所後の初回の訪問看護実施日
〇月〇日

過誤：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）

平成 27年 4月　提供分

事業所番号	5070000001	事業所状態	

事業所名	サービス事業所０１

平成○年○月○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		
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	個人番号	保険者番号※４	被保険者番号※４	認定有効期間（開始年月日）	備考
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	24	H27.03	H27.04	5070000001	サービス事業所０１		2			現物	*04	04	13	訪問看護										
1	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	24	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		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 2 回算定可能なサービスです。

原因・・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の請求がある場合に出力されます。

（「関連情報」欄には施設と訪問看護、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の請求が表示されます。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か確認して下さい。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	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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.4	21 併設短期生活Ⅰ１・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Ⅰ１・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									
	確認の観点	いずれの請求が誤りか												

過誤：する ・ しない

又は

（確認調整結果記入欄）
この欄への記入は不要です。

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	5070000001	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

基本情報															明細／特定情報								国民健康保険						
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.03	H27.04	**********	**********		3	H27.3.10		現物	*05	02	21-2113	併設短期生活Ⅰ１・夜減	21	594								
1	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		3	H27.3.21	H27.4.19	現物	*05	02	21-2113	併設短期生活Ⅰ１・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。

原因・・前月入所から当月退所までの期間が３０日を超える場合に出力されます。
前月以前の請求や、他の事業所から引き続き入所している分の請求の日数も合算されます。
（「関連情報」欄には合算されている請求が表示されます。他の事業所の情報はアスタリスク（*）で表示されます。）

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」に〇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」に〇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１１６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 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	施設等 様式６～６の４ 様式８、９、９の２、１０	備考
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月の最初の退所日を記載する。	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月末に一番近い退所日を記載する。	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 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	○	○	○	○	○	○	○	○	退		
	２１	２２	２３	２４	２５	２６	２７	２８	２９	３０	３１
午前											
午後											

サービス実日数 入所実日数	１９　日	外泊日数	日

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

「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

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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
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 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.8	21 併設短期生活Ⅰ４	2141	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	H27.7	5070000001 サービス事業所０１	99-9999-9999	21 併設短期生活Ⅰ４	2141	30
	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	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）
退所日
自宅で過ごした日
再入所日

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０１		

平成 27年 8月　提供分

平成○年○月○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		
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	個人番号	保険者番号※４	被保険者番号※４	認定有効期間（開始年月日）	備考
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.07	H27.08	5070000001	サービス事業所０１		3	H27.07.01	H27.07.30	現物	*05	03	21-2141	併設短期生活Ⅰ４	30	781								
1	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.08	H27.09	5070000001	サービス事業所０１		3	H27.08.01	H27.08.30	現物	*05	03	21-2141	併設短期生活Ⅰ４	30	781								

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。

原因・・前月（入所から退所まで３０日間）の退所日から１日空けて再入所して短期入所を利用している場合であって、かつ、当月に短期生活長期利用減算の請求が無い場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
（「関連情報」には前月の短期入所の請求が表示されます。）

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」に〇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」に〇をつけて国保連へ返送して下さい。

「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

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

平成 30 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。

□□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	0000000001	H30. 4	52	6502	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	99-9999-9999	52	6502	1
		保険者０１	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ		保健施設試行的退所時指導加算					サービス事業所０１		保健施設試行的退所時指導加算		
	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	試行的な退所を行った場合か			過誤 する ・ しない									

又は

（確認調整結果記入欄）	過誤
試行的な退所を行った日 ○月○日	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	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「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
確認表対応番号	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	宛名番号				
	501001	0800000002	ｶｲｺﾞｼﾞﾛｳ	21	H30. 4	H30. 5	5070000051	施設サービス事業所５１		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	0000000000000000080002	000080002				
1	501001	0800000002	ｶｲｺﾞｼﾞﾛｳ	21	H30. 5	H30. 6	5070000051	施設サービス事業所５１		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	0000000000000000080002	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。

原因・・「確認対象情報」と同一のサービスコードによる請求が、翌月にもある場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
　（「関連情報」には翌月の同一サービスコードによる請求が表示されます。）

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」に〇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」に〇をつけて国保連へ返送して下さい。

「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

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	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） 請求誤りのため過誤			過誤 する ・ しない					
	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											

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　○月○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）

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

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所０１		

基本情報															明細／特定情報								国民健康保険						
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		2			現物	*09	07	11-4001	訪問介護初回加算	1	200					50100001	00000001		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。

原因・・都道府県が国保連に登録している「事業所台帳」の訪問介護サービス提供責任者数が０人又は未登録である場合に出力されます。
（「算定期間回数制限縦覧チェック一覧表」の備考欄に「サービス提供責任者なし」と表示されます。）

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」に〇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＊10）
「縦覧点検出力事由」欄
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

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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 ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	H27.8	16 通所リハ短期集中個別リハ加算	5613	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	H27.5	********** **********	********** **********	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			過誤 する ・ しない					
	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											

又は

（確認調整結果記入欄）	過誤
施設名又は医療機関名又は認定日 施設又は医療機関の退院日 加算の算定日 ４日、６日、８日	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	事業所状態	

事業所名	サービス事業所０１

平成 27年 8月　提供分

平成○年○月○日
□□件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						
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	21	H27.5	H27.04	**********	**********		8	H27.05.01		現物	*10	04	51	介護福祉施設							50100001	00000001	H20.12.1	
1	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	21	H27.8	H27.07	5070000001	サービス事業所０１		2			現物	*10	04	16-5613	通所リハ短期集中個別リハ加算	3	110	20150520				50100001	00000001	H20.12.1	

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	５００１	訪問リハ短期集中加算１	退院（所）日又は認定日から１月以内	平成 27 年 3 月サービス分まで
１４	５００２	訪問リハ短期集中加算２	退院（所）日又は認定日から１月超３月以内	平成 27 年 3 月サービス分まで
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	５６０２	通所リハ短期集中リハ加算１	退院（所）日又は認定日から１月以内	平成 27 年 3 月サービス分まで
１６	５６０３	通所リハ短期集中リハ加算２	退院（所）日又は認定日から１月超３月以内	平成 27 年 3 月サービス分まで
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	―
１６	６１１１	通所リハ個別リハビリ加算	退院（所）日又は認定日から３月超	平成 24 年 3 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	―

原因・・「確認対象情報」のサービスコードが、算定可能な期間外に請求されている場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
（「関連情報」欄には介護保険施設の入所実績が表示されます。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。

「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

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.4	52 保健施設短期集中リハ加算	6252	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０１	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） 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											

過誤
する ・ しない

又は

（確認調整結果記入欄）

医療機関名
入院期間　○月○日～○月○日
傷病名
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）

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

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所０１		

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		
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	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	保険者番号※4	被保険者番号※4	認定有効期間（開始年月日）	備考
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.02	H27.03	5070000001	サービス事業所０１		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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		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。

原因・・過去３ヶ月以内に施設に入所した実績がある場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
（「関連情報」欄には介護保険施設の入所実績が表示されます。）

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、記載誤りや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。

「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

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。

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 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.4	52 保健施設認知症短期集中リハ加算	6253	1	過去３ヶ月内に認知症短期集中リハ加算を算定しています	H27.1	********** **********	********** **********	52 保健施設認知症短期集中リハ加算	6253 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								
	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			過誤 する ・ しない								

又は

（確認調整結果記入欄）	過誤
医療機関名 入退院日　　○月○日～○月○日 疾患名 再入所日　　○月○日 加算の算定日　　○日、○日	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

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		
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	個人番号	保険者番号※４	被保険者番号※４	認定有効期間（開始年月日）	備考
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		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月以内に限り算定できる。

原因・・過去３ヶ月間（４月サービスの場合、１・２・３月）に認知症短期集中リハ加算を請求している場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
（「関連情報」欄には過去３ヶ月間の同一のサービスが表示されます。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。

「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

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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 ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	H27.8	16 通所リハ生活行為向上リハ加算１	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０１	99-9999-9999	16 通所リハ生活行為向上リハ加算１	6255	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									
	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			過誤 する ・ しない									

又は

（確認調整結果記入欄）	過誤
○月○日～○月○日　入院 ○月○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	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）

平成 27年 8月　提供分

平成○年○月○日
□□県国民健康保険団体連合会

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所０１		

基本情報														明細／特定情報								国民健康保険						
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	21	H27.05	H27.06	5070000001	サービス事業所０１		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	00000000000 0000800005	00000800005				
1	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	21	H27.08	H27.09	5070000001	サービス事業所０１		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	00000000000 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
１６	６２５５	通所リハ生活行為向上リハ加算１
１６	６２５６	通所リハ生活行為向上リハ加算２
６６	６２５５	予防通所リハ生活行為向上リハ加算１
６６	６２５６	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。

原因・・当月および過去３ヶ月前（４月サービスの場合、１月）に（予防）通所リハ生活行為向上リハ加算１を請求している場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。加算２についても同様です。（「関連情報」欄には過去３ヶ月前のサービスが表示されます。）
または、当月に加算２を請求しており、かつ、過去６ヶ月前（４月サービスの場合、１０月）に加算１を請求している場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。（「関連情報」欄には過去６ヶ月前のサービスが表示されます。）

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）

「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

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。

平成 27 年 12 月縦覧審査分

□□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 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.10	16 通所リハマネジメント加算Ⅱ１	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０１	99-9999-9999	16 通所リハマネジメント加算Ⅱ１	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。				（確認調整結果記入欄） 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（同意日の属する月から６月以内）を満たしているか			過誤 する ・ しない									

又は

（確認調整結果記入欄）	過誤
○月○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	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）

平成 27年 10月　提供分

平成○年○月○日
□□県国民健康保険団体連合会

事業所番号	5070000001	事業所状態	

事業所名	サービス事業所０１

基本情報														明細／特定情報								国民健康保険						
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	21	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		2			現物	*10	09	16-5608	通所リハマネジメント加算Ⅱ１	1	1,020		00501001	00000000000 0000800005	00000800005				
1	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	21	H27.10	H27.11	5070000001	サービス事業所０１		2			現物	*10	09	16-5608	通所リハマネジメント加算Ⅱ１	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Ⅱ１
１６	５６１５	通所リハマネジメント加算Ⅲ１
１６	５６１７	通所リハマネジメント加算Ⅳ１

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。

原因・・過去６ヶ月前（４月サービスの場合、１０月）に通所リハマネジメント加算Ⅱ１、加算Ⅲ1 または加算Ⅳ1 を請求している場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。

（「関連情報」欄には過去６ヶ月前のサービスが表示されます。）

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。

「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

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ください。

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	0000000001	H27.8	16	1101	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	99-9999-9999	16	6255	1
		保険者０１	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ		通所リハⅠ１１１					サービス事業所０１		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。								H27.5	5070000001	99-9999-9999	16	6255	1
										サービス事業所０１		通所リハ生活行為向上リハ加算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							H27.7	5070000001	99-9999-9999	16	7001	1
										サービス事業所０１		通所リハⅠ１１１・継続		

（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）
○月○日～○月○日　入院
減算が必要な月数は、○月～○月の○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）

平成 27年 8月　提供分

平成○年○月○日
□□県国民健康保険団体連合会

事業所番号	5070000001	事業所状態	

事業所名	サービス事業所０１

基本情報															明細／特定情報								国民健康保険							
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	22	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		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	00000000000 0000800005	00000800005				
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	22	H27.05	H27.06	5070000001	サービス事業所０１		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	00000000000 0000800005	00000800005				
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	22	H27.07	H27.08	5070000001	サービス事業所０１		2			現物	*10	10	16-7001	通所リハＩ１１１・継続	1	280		00501001	00000000000 0000800005	00000800005				
1	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	22	H27.08	H27.09	5070000001	サービス事業所０１		2			現物	*10	10	16-1101	通所リハＩ１１１	9	329		00501001	00000000000 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。

原因・・（予防）生活行為向上リハ加算を算定した月数分の減算が前月までに行われておらず、当月に減算を含まない通所リハを算定している場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
（「関連情報」欄には過去の（予防）生活行為向上リハ加算と前月までの減算のサービスが表示されます。）

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ったが、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って、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。

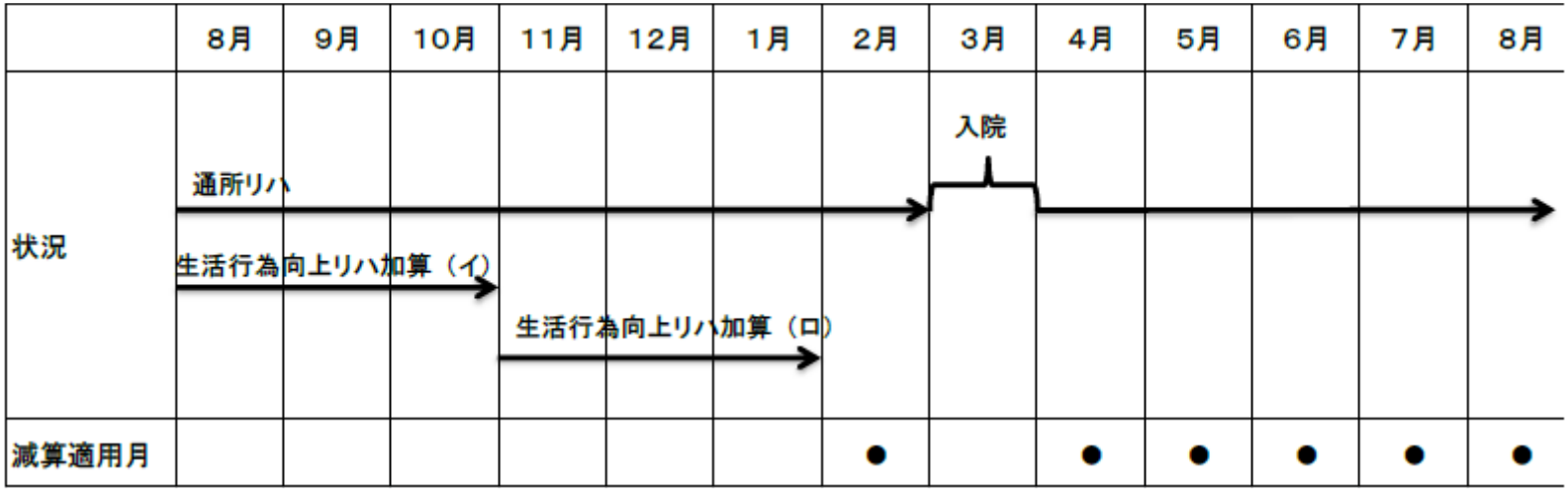
（答）

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。

当該加算に関係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】



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。

「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

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

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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	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 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.4	43 居宅支援退院退所加算Ⅰ１	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）	過誤
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 ○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	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「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」

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						
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
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	24	H30.04	H30.05	5070000001	支援事業所０１		7			現物	*12	02	43-6132	居宅支援退院退所加算Ⅰ１	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
４３	６１３２	居宅支援退院退所加算Ⅰ１
４３	６１４３	居宅支援退院退所加算Ⅰ２
４３	６１４４	居宅支援退院退所加算Ⅱ１
４３	６１４５	居宅支援退院退所加算Ⅱ２
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。

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ます。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

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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」のいずれかに〇を付けて平成□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 ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	H27.4	43 居宅支援退院退所加算Ⅰ１	6132	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 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												

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	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「資与開始月」＊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(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」

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						
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
1	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	24	H30.04	H30.05	5070000001	支援事業所０１		7			現物	*12	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Ⅰ１
４３	６１４３	居宅支援退院退所加算Ⅰ２
４３	６１４４	居宅支援退院退所加算Ⅱ１
４３	６１４５	居宅支援退院退所加算Ⅱ２
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。

原因・・介護保険施設の入所実績がない場合に出力されます。

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。

「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

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

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.4	43 居宅支援退院退所加算Ⅰ１	6132	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 福祉施設在宅入所相互利用加算	6279	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	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）	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	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「資与開始月」＊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」

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						
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
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	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	0000000001		
1	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H30.04	H30.05	5070000001	支援事業所０１		7			現物	*12	04	43-6132	居宅支援退院退所加算Ⅰ１	1	450					50100001	0000000001		

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
４３	６１３２	居宅支援退院退所加算Ⅰ１
４３	６１４３	居宅支援退院退所加算Ⅰ２
４３	６１４４	居宅支援退院退所加算Ⅱ１
４３	６１４５	居宅支援退院退所加算Ⅱ２
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。

原因・・介護福祉施設の在宅入所相互利用加算の請求がある場合に出力されます。
（「関連情報」欄には在宅・入所相互利用加算又は施設の請求が表示されます。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。

「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

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	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

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

□□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	0000000001	H27.4	43	6132	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		
		保険者０１	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ		居宅支援退院退所加算Ⅰ１					**********		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	5070000001	99-9999-9999	43		
										支援事業所０１		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												

過誤
する ・ しない

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	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「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」

平成○年○月○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						
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
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	24	H30.03	H30.04	5070000001	支援事業所０１		7			現物	*12	05	43	居宅介護支援							50100001	0000000001		
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	24	H30.04	H30.05	5070000001	支援事業所０１		7			現物	*12	05	43-6132	居宅支援退院退所加算Ⅰ１	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
４３	６１３２	居宅支援退院退所加算Ⅰ１
４３	６１４３	居宅支援退院退所加算Ⅰ２
４３	６１４４	居宅支援退院退所加算Ⅱ１
４３	６１４５	居宅支援退院退所加算Ⅱ２
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。

原因・・施設退所後、既に居宅サービス計画費の請求がある場合に出力されます。
（「関連情報」欄には施設と居宅サービス計画費の請求が表示されます。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）

「対象帳票」欄＝算定 （縦覧区分＊19）
※平成30年9月サービス分まで
「縦覧点検出力事由」欄
認定有効期間開始年月日又は居宅サービス計画費作成届出年月日から6月超に算定しています

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

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

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」のいずれかに〇を付けて平成□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 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.4	31 看護職員居宅療養Ⅰ	1261	1	認定有効期間開始年月日又は居宅サービス計画費作成届出年月日から６月超に算定しています					
	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） 請求誤りのため過誤			過誤 する ・ しない					
	確認の観点	サービス実施日を確認　摘要欄の記載内容を確認											

又は

（確認調整結果記入欄）	過誤
居宅サービス提供開始日　〇月〇日 居宅療養管理指導実施日　〇月〇日	する ・ しない

居宅サービスの提供を開始した日と居宅療養管理指導実施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）

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

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		

基本情報															明細／特定情報								国民健康保険						
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.04	H27.05	5060000001	訪問看護ステーション０１		2			現物	*19	01	31-1261	看護職員居宅療養Ⅰ	1	402							H26.8.1	居宅サービス計画作成依頼届出

内容・・認定有効期間開始年月日又は居宅サービス計画費作成届出年月日から６月超に算定しています

対象サービス
・・居宅療養管理指導（看護職員等）、予防居宅療養管理指導（看護職員等）

報酬算定上の制限
・・居宅サービスの提供を開始してから６月の間に２回を限度として、算定できるサービスです。

原因・・認定有効期間開始年月日又は居宅サービス計画費作成届出年月日から起算して６月を超えている場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
（居宅サービス計画費作成届出年月日から起算して６月を超えている場合には、算定期間回数制限縦覧チェック一覧表の「認定有効期間（開始年月日）」欄に「居宅サービス計画費作成届出年月日」が表示されます。「備考」欄には「居宅サービス計画作成依頼届出」と表示されます。）

対応・・①居宅サービスの提供を開始した日と居宅療養管理指導実施日を確認して下さい。確認した結果、居宅サービスの提供を開始した日から２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、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、記載誤りや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）

「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

事業所番号	5060000001
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。

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 ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	H27.8	51 福祉施設在宅入所相互利用加算	6279	1	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） 請求誤りのため過誤			過誤 する ・ しない					
	確認の観点	サービス実施日を確認											

又は

（確認調整結果記入欄）
加算の算定期間
○月○日～○月○日

過誤
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）

平成 27年 8月　提供分

平成○年○月○日
□□県国民健康保険団体連合会

事業所番号	5060000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所０１		

基本情報															明細／特定情報							国民健康保険						
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	24	H27.08	H27.09	5060000001	サービス事業所０１		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
５１	６２７９	福祉施設在宅入所相互利用加算
５４	６２７９	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。

原因・・入所年月日の属する月から３ヶ月目（サービス提供年月が７月の場合、入所年月日が４月）の場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。

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。

「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

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	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０１	99-9999-9999	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） 請求誤りのため過誤		過誤 する ・ しない						
	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											

又は

（確認調整結果記入欄）	過誤
認知症高齢者自立度　M	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	5070000001	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

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		
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	個人番号	保険者番号※４	被保険者番号※４	認定有効期間（開始年月日）	備考
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.03	H27.04	5070000001	サービス事業所０１		10	H27.3.1	H27.3.20	現物	*61	01	53	介護医療施設										
1	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		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。）

原因・・過去３ヶ月以内に同じ施設に入所した実績がある場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
または、過去６ヶ月以内の初期入院診療管理の算定回数の合計が２回を超えている場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。

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」に〇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」に〇をつけて国保連へ返送して下さい。

「対象帳票」欄＝算定 （縦覧区分＊62）
「縦覧点検出力事由」欄
リハビリ計画加算の合計が制限回数を超えています

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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 ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	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） 請求誤りのため過誤		過誤 する ・ しない						
	確認の観点	再入所、又は、再認定された場合か											

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　16 日	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）	過誤
再認定日　○月○日 加算の算定日　16 日	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）

平成 27年 4月　提供分

事業所番号	5070000001	事業所状態	

事業所名	サービス事業所０１

平成○年○月○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						
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	24	H27.03	H27.04	5070000001	サービス事業所０１		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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	24	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		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。

原因・・リハビリ計画加算の請求が、前月以前にもある場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。

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。

「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

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.4	53 短期集中リハビリ加算	@52	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	5070000001 サービス事業所０１	99-9999-9999	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） 請求誤りのため過誤								
	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											

過誤
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）

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

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所０１		

基本情報															明細／特定情報							国民健康保険						
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.03	H27.04	5070000001	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	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	24	H27.04	H27.05	5070000001	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。

原因・・過去３ヶ月以内に同じ施設に入所した実績がある場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
（「関連情報」欄には介護保険施設の入所実績が表示されます。）

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。

「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

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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 ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	H27.4	53 認知症短期集中リハビリ加算	@55	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 認知症短期集中リハビリ加算	@55	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									
	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												

過誤
する ・ しない

又は

（確認調整結果記入欄）	過誤
○月○日～○月○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

基本情報															明細／特定情報								国民健康保険						
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	24	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		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月以内に限り算定できる。

原因・・過去３ヶ月間（４月サービスの場合、１・２・３月）に認知症短期集中リハ加算を請求している場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
（「関連情報」欄には過去３ヶ月間の同一のサービスが表示されます。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。

「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

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

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」のいずれかに〇を付けて平成□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 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	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	25
	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）	過誤
この欄への記入は不要です	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。

重複請求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		

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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.04	H27.05	5070000001	サービス事業所０１		5070000002	支援事業所０２	2			8	32	現物	*01	02	14	訪問リハビリ			2,416	
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	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

原因・・請求された日数の合計が、利用者の当該月でのサービスを受けられる日数（＝受給可能日数）より大きい場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。他のサービス、他の事業所の分の請求の日数も合算されます。(「関連情報」欄には合算されている請求が表示されます。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「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」に〇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」に〇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」に〇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」に〇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１１６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。

「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 保険者０１	０００００００００１ カイゴタロウ	Ｈ２７年４月	１４ 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		○							○		

サービスを提供した時間帯に○をつけて下さい

サービス実日数 入所実日数	8　日	外泊日数	日

「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	００００００００００１	Ｈ２７年４月	１７
		保険者０１	カイゴタロウ		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 入所実日数	２２　日	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

「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 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 入所実日数	18　日	外泊日数	日

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 入所実日数	15　日	外泊日数	3　日

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

「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）

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

事業所番号	5010000001
事業所名	医療機関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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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０１	0000000001 ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	H27.4	31 薬剤師居宅療養Ⅰ１	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）	H27.4	********** **********	********** **********	31 薬剤師居宅療養Ⅰ１	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） 請求誤りのため過誤									
	確認の観点	いずれの請求が誤りか												

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	
事業所名	医療機関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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	H27.4	H27.5	5010000001	医療機関０１				2					現物	*02	02	31-1221	薬剤師居宅療養Ⅰ１	553	2	1,106	
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	H27.4	H27.5	**********	**********				2					現物	*02	02	31-1221	薬剤師居宅療養Ⅰ１	553	2	1,106	

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

・・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
看護職員	６月内に２回

原因・・１人の利用者の居宅療養管理指導の請求が制限回数を超える場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
他の事業所の請求の回数も合算されます。
（「関連情報」欄には合算されている請求が表示されます。他の事業所の情報はアスタリスク（*）で表示されます。）

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」に〇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」に〇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。）

「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

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	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

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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０１	0000000001 ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	H27.4	13 緊急時訪問看護加算１	3100	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 緊急時訪問看護加算２	3200	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									
	確認の観点	いずれの請求が誤りか												

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 10 日	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	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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	H27.4	H27.5	5060000001	訪問看護ステーション０１		5070000002	支援事業所０２	2					現物	*03	02	13-3100	緊急時訪問看護加算１	540	1	540	
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	H27.4	H27.5	**********	**********		5070000002	支援事業所０２	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

原因・・１人の利用者に対して２つ以上の事業所が請求している場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
（「関連情報」欄には他の事業所の情報がアスタリスク（*）で表示されます。）

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」に〇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」に〇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）

「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）

事業所番号	5070000001
事業所名	特定施設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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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０１	0000000001 ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	H27.8	33 外部訪問リハ２	1612	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 外部訪問リハ２	1612	31
	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）	過誤
請求誤りなし	する ・ しない

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	5070000001	事業所状態	
事業所名	特定施設０１		

平成27年 8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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	H27.08	H27.09	5070000001	特定施設０１				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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	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（平成２７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	５，００３単位
要支援２	１０，４７３単位
要介護１	１６，２０３単位
要介護２	１８，１４９単位
要介護３	２０，２４６単位
要介護４	２２，１９２単位
要介護５	２４，２５９単位

原因・・１人の利用者の外部利用型サービスの合計が上限単位数を超える場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
他の事業所が請求した単位数も合算されます。
（「関連情報」欄には合算されている請求が表示されます。他の事業所の情報はアスタリスク（*）で表示されます。
請求明細書に記入されている単位数は「重複請求縦覧チェック一覧表」に表示されます。）

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」に〇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」に〇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（支援事業所）

「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 （支援事業所向け）

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

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

以下は貴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□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	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	0000000001	H27.8	5070000001	99-9999-9999	46	2111		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	5070000002	22-2222-2222	65	無
		保険者０１	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ		支援事業所０１		介護予防支援					サービス事業所０２		予防通所介護	
	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） 介護サービス提供実績　無し					過誤 する ・ しない	H27.8	5070000003	33-3333-3333	A1	有
												サービス事業所０３		訪問型みなし	
	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													

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
5070000001	99-9999-9999	46	2111		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	5070000002	22-2222-2222	65	有
支援事業所０１		介護予防支援					サービス事業所０２		予防通所介護	
（確認調整結果記入欄） 介護サービス提供実績　有り					過誤 する ・ しない	H27.8	5070000003	33-3333-3333	A1	有
							サービス事業所０３		訪問型みなし	

サービス提供実績の有無を記入して下さい。

「対象帳票」欄＝単独 （縦覧区分＊02）
「縦覧点検出力事由」欄
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）

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	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

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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	単独	501001 保険者０１	0000000001 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	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											

又は

（確認調整結果記入欄）	過誤
開始年月日　○月○日 加算の算定日　○月○日	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）

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

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	小規模多機能型居宅介護事業所０１		

基本情報														明細／特定情報							国民健康保険							
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	受介護状態区分	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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	21	H27.4	H27.5	5070000001	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									140N

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。

原因・・開始年月日が未設定であり、開始年月日より３０日超で請求されている可能性があるため出力されます。

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。

「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）

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	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

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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	単独	501001 保険者０１	0000000001 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	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								
	確認の観点	開始年月日を確認											

過誤：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）

平成 27年 4月　提供分

事業所番号	5070000001	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○年○月○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							
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	21	H27.4	H27.5	5070000001	小規模多機能型居宅介護事業所０１		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

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

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。

原因・・開始年月日より３０日超で請求されている可能性があるため出力されます。

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＝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

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

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」のいずれかに〇を付けて平成□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	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ		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		
	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	再入所した場合か												

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

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）

平成 27年 4月　提供分

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所０１		

平成○年○月○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							
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	21	H27.4	H27.5	5070000001	サービス事業所０１		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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	21	H27.4	H27.5	5070000001	サービス事業所０１		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

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	２１	６１２１	短期生活認知症緊急対応加算
	２１	６２８２	短生緊急短期入所受入加算
B	２２	６１２１	老短認知症緊急対応加算
	２２	６２７７	老短緊急短期入所受入加算
C	２３	２７０６	病院療短認知症緊急対応加算
	２３	２７７７	病院療短緊急短期入所受入加算
D	２３	３７０６	診療所短期認知症緊急対応加算
	２３	３７５１	診療所短期緊急短期入所受入加算
E	２Ａ	６１２１	医療院短期認知症緊急対応加算
	２Ａ	６２７７	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。

原因・・上記対象サービスの組合せのとおり、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るため出力されます。

例）組み合わせＡの場合、「２１－６１２１」短期生活認知症緊急対応加算と「２１－６２８２」短生緊急短期入所受入加算が同時算定されているため出力されます。

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

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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	単独	501001 保険者０１	0000000001 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	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									
	確認の観点	いずれの請求が誤りか												

過誤：する ・ しない

又は

（確認調整結果記入欄）
同時算定可能理由

過誤：する ・ しない

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	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

基本情報														明細／特定情報							国民健康保険							
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	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									14QY
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	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									14QY

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。

原因・・（予防）訪問看護退院時共同指導加算と（予防）訪問看護初回加算を同じサービス提供年月に算定している場合に出力されます。
（「関連情報」欄には（予防）訪問看護初回加算の実績が表示されます。）

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＝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

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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	単独	501001 保険者０１	0000000001 ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	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） 請求誤りのため過誤			過誤 する ・ しない					
	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											

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。

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）

平成 27年 4月　提供分

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所０１		

平成○年○月○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							
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	受介護状態区分	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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	21	H27.4	H27.5	5070000001	サービス事業所０１		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			140H

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。

原因・・請求明細書に記入されている入所年月日から退所年月日までの期間が１ヶ月を超えていない場合に出力されます。
　　（請求明細書に記入されている入所年月日は、「単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表」に表示されます。）

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」に〇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」に〇をつけて国保連へ返送して下さい。

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

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

平成□年□月□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」のいずれかに〇を付けて平成□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０１	0000000001 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.4	52 保健施設退所時情報提供加算	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	5070000001 サービス事業所０１	99-9999-9999	52 医学情報提供	@11	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												

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

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

基本情報															明細／特定情報							国民健康保険								
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	21	H27.4	H27.5	5070000001	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	00000000000000080005	0000080005					AHH5
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	21	H27.4	H27.5	5070000001	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	00000000000000080005	0000080005					AHH5

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。

原因・・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る場合に出力されます。

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。

「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

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

事業所番号	50B0000001
事業所名	医療院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。

平成 30 年 10 月縦覧審査分

平成□年□月□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」のいずれかに〇を付けて平成□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０１	0000000001 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H30. 4	55 医療院退院時情報提供加算	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 医療院０１	99-9999-9999	55 医学情報提供（Ⅱ）	@12	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												

又は

（確認調整結果記入欄）	過誤
再入院日　〇月〇日	する ・ しない

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
＊02「入所（居）日・入院日から」
＊04「退所（院）につき」
＊12「入所（院）中」
＊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）」
＊10「短期集中リハ加算」
＊13「退所（居）日から2週間以内」
＊16「退院退所加算」
＊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								
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	宛名番号	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	ﾋﾓｹﾝｼｬ000005	21	H30. 5	H30. 6	5070000005	施設サービス事業所０５		9-2	H30. 4. 1	H30. 5. 30	現物	＊08	05	@11	医学情報提供（Ⅰ）	1	220		00501001	0000000000000 00080007	0000080007					AHH5
501001	0000000005	ﾋﾓｹﾝｼｬ000005	21	H30. 5	H30. 6	5070000005	施設サービス事業所０５		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	0000000000000 00080007	0000080007					AHH5

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。

原因・・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る場合に出力されます。

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）

「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	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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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	単独	501001 保険者０１	0000000001 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	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０１	99-9999-9999	53 医学情報提供（Ⅱ）	@12	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												

又は

（確認調整結果記入欄）	過誤
再入院日　○月○日	する ・ しない

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）

平成 27年 4月　提供分

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所０１		

平成○年○月○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							
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	21	H27.4	H27.5	5070000001	サービス事業所０１		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	00000000000000080005	0000080005					AHH5
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	21	H27.4	H27.5	5070000001	サービス事業所０１		10	H27.3.1	H27.4.15	現物	*08	04	@12	医学情報提供（Ⅱ）	1	290		00501001	00000000000000080005	0000080005					AHH5

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。

原因・・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る場合に出力されます。

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。

「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）

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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	単独	501001 保険者０１	0000000001 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.4	52 6253 保健施設認知症短期集中リハ加算	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） 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　摘要欄の記載内容を確認											

又は

（確認調整結果記入欄）
入所日　○月○日
加算の算定日　４日、６日、８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）

平成 27年 4月　提供分

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所０１		

平成○年○月○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								
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	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

原因・・「確認対象情報」のサービスコードが、算定可能な期間外に請求されている場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
入所日は「単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表」の「入所（院）年月日」欄に表示されます。

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＝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）

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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	単独	501001 保険者０１	0000000001 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.4	52 6253 保健施設認知症短期集中リハ加算	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） 請求誤りのため過誤		過誤 する ・ しない						
	確認の観点	再入所しているか　摘要欄の記載内容を確認											

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　16 日、18 日、20 日	する ・ 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）

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

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所０１		

基本情報															明細／特定情報								国民健康保険							
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	21	H27.4	H27.5	5070000001	サービス事業所０１		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

原因・・「確認対象情報」のサービスコードが、算定可能な期間外に請求されている場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
入所日は「単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表」の「入所（院）年月日」欄に表示されます。

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＝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

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

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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」のいずれかに〇を付けて平成□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０１	0000000001 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.4	43 居宅支援退院退所加算	6132	1	初回加算を同時に算定しています	H27.4	5070000001 支援事業所０１	99-9999-9999	43 居宅支援初回加算	4001	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									
	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												

過誤
する ・ しない

又は

（確認調整結果記入欄）

要介護状態変更日　〇月〇日
国保病院
〇月〇日～〇月〇日　20 日間

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）

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

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	支援事業所０１		

基本情報															明細／特定情報								国民健康保険								
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	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
	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	21	H27.4	H27.5	5070000001	支援事業所０１		7			現物	＊12	01	43-4001	居宅支援初回加算	1	300		00501001	00000000000000120001	0000120001					140Y
1	501001	保険者０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	21	H27.4	H27.5	5070000001	支援事業所０１		7			現物	＊12	01	43-6132	居宅支援退院退所加算	1	300		00501001	00000000000000012001	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Ⅰ１
４３	６１４３	居宅支援退院退所加算Ⅰ２
４３	６１４４	居宅支援退院退所加算Ⅱ１
４３	６１４５	居宅支援退院退所加算Ⅱ２
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。

原因・・居宅支援退院退所加算と居宅支援初回加算を同じサービス提供年月に算定している場合に出力されます。
（「関連情報」欄には居宅支援初回加算の実績が表示されます。）

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」に〇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」に〇をつけて国保連へ返送して下さい。

「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ヶ月目）

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。

平成 27 年 10 月縦覧審査分

□□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	単独	501001 保険者０１	0000000001 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	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）						
	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	リハビリテーション実施日を確認											

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	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）

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

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所０１		

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			
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	個人番号	保険者番号※4	被保険者証番号※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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	21	H27.4	H27.5	5070000001	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									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。

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）
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）

原因・・「確認対象情報」のサービスコードが、算定可能な期間外に請求されている場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
入所日は「単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表」の「入所（院）年月日」欄に表示されます。

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。

「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）

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。

□□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	単独	501001 保険者０１	0000000001 ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	H27.4	52 短期集中リハビリ加算	@52	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。				（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	再入所しているか											

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　20 日	する ・ 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）

平成 27年 4月　提供分

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所０１		

平成○年○月○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							
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	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０１	0000000001	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	21	H27.4	H27.5	5070000001	サービス事業所０１		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	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	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	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）

原因・・「確認対象情報」のサービスコードが、算定可能な期間外に請求されている場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
入所日は「単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表」の「入所（院）年月日」欄に表示されます。

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。

サービス提供日／入所日確認表

事業所番号（07　　）事業所名（　　）

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 入所実日数	日	外泊日数	日