

介護給付費医療突合審査の手引き  
(医療突合審査確認表記入例)

令和4年4月

福島県国民健康保険団体連合会

介護福祉課

## <目次>

1. 介護給付費医療突合審査とは	2
2. 令和4年度「介護給付費医療突合点検」処理日程について	3
3. 介護給付費医療突合審査処理日程フロー図(例)	4
4. 介護給付費医療突合審査確認表の例	5
5. 事業所向け医療給付情報突合リストの例	6
6. 適正化にかかる過誤申立情報一覧表の例	7
7. 介護給付費医療突合審査確認表の対応について	9
・(突合区分01) 医療保険の入院と、介護保険サービスが重複請求されています	9
・(突合区分02) 在宅時医学総合管理料(医療)と(予防)居宅療養管理指導費(I)(介護)が 重複請求されています	12
<サービス提供日/入所日確認表>	15
<「サービス提供日/入所日確認表」の記入例>	16

# 1. 介護給付費医療突合審査とは

国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」）が行う介護給付費医療突合審査とは、過去に介護給付費を支払った請求について、医療保険を利用した請求と突合を行って審査を行うものです。国保連が介護給付費医療突合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。

## \*\*\* 介護給付費医療突合審査の流れ \*\*\*

- (1) 国保連から以下の帳票が送付されます。
- ・ 介護給付費医療突合審査確認表（請求事業所）
  - ・ 医療給付情報突合リスト（国民健康保険分）
  - ・ 医療給付情報突合リスト（後期高齢者医療分）

- (2) 「介護給付費医療突合審査確認表」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、「7. 介護給付費医療突合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「介護給付費医療突合審査確認表」を提出期限までに福島県国保連 介護福祉課宛に**郵便で**返送してください。**(FAX 不可)**  
※「介護給付費医療突合審査確認表」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：P15）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「介護給付費医療突合審査確認表」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突合審査を行い、保険者へ審査結果を送付します。  
保険者は、国保連から送付された医療突合審査結果を確認し、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「介護給付費医療突合審査確認表」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4年度 「介護給付費突合点検」 処理日程について

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

※令和4年3月1日現在のものであり、令和5年4月以降の日程については、今後変更となる可能性があります。

### ①「介護給付費突合審査確認表」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「介護給付費突合審査確認表」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。

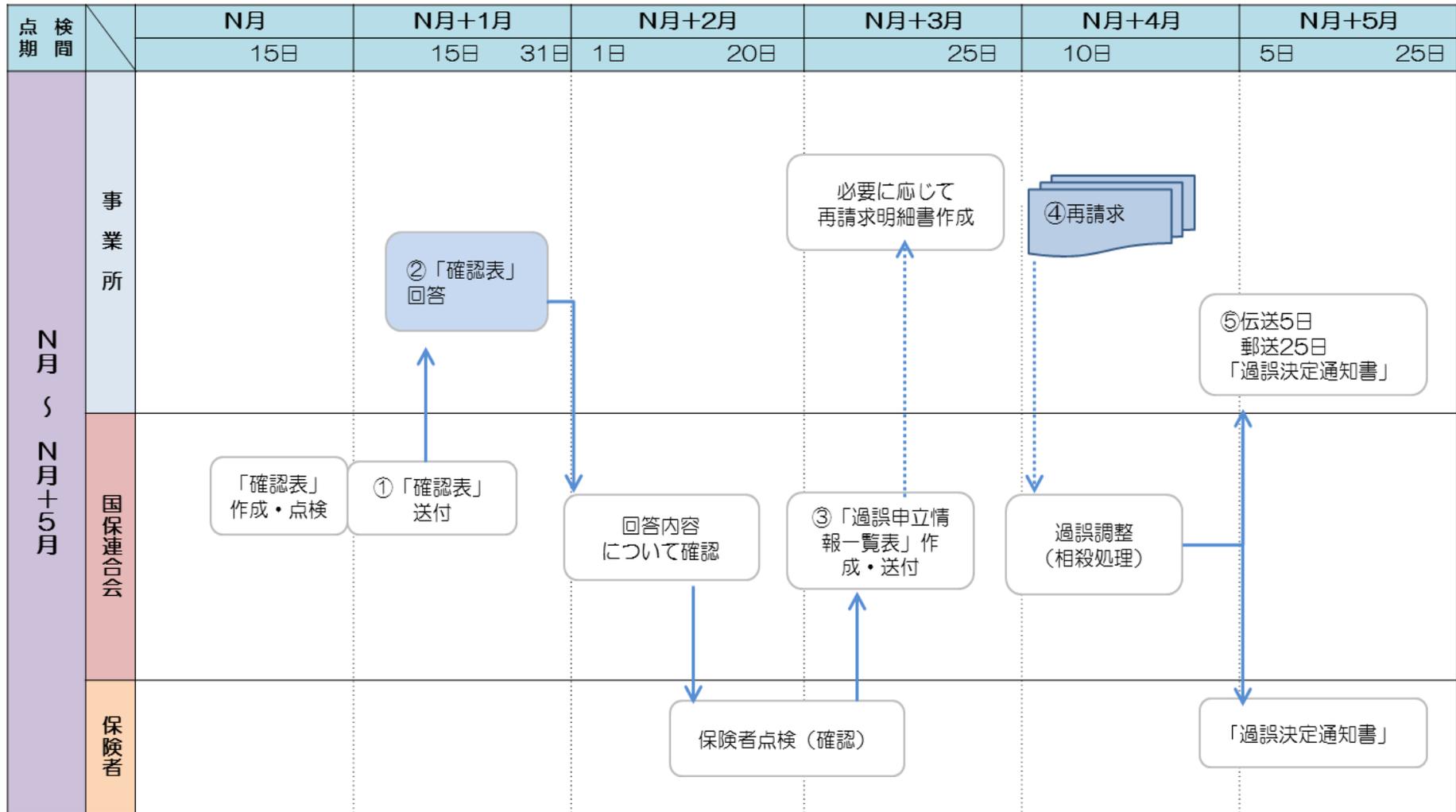
### ④再請求明細書締切

⇒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)



① ※処理フロー図上の①～⑤については、P3 処理日程の①～⑤と同じ処理内容です。

# 4. 介護給付費医療突合審査確認表の例

介護給付費医療突合審査確認表（請求事業所）

事業所番号	
返送日	
事業所担当者氏名	
連絡先電話番号	

平成〇年〇月 医療突合審査分

平成〇年〇月〇日

〇〇県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について医療突合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○を付けて上記返送日までにご返送ください。

対応 番号	確認対象情報（介護給付）						関連情報（医療給付）					
	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	実日数	医療給付情報突合リスト出力事由	医療 制度	診療 年月	医療機関 コード	電話番号	給付内容	診療日数 保険点数
					単位数							
				(確認調整結果記入欄)								
				(確認調整結果記入欄)								
				(確認調整結果記入欄)								
				(確認調整結果記入欄)								
				(確認調整結果記入欄)								





## 6. 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  
平成〇年〇月〇日

事業所番号	
事業所名	

平成〇年〇月審査にて、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

# 7. 介護給付費医療突合審査確認表の対応について

介護給付費医療突合審査確認表（請求事業所）

事業所番号	901000001	事業所01
返送日	平成 27年 9月 10日	
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。

突合区分01  
「医療給付情報突合リスト出力事由」欄  
医療保険の入院と、介護保険サービスが重複請求  
されています

下記は貴事業所の介護請求明細書について医療突合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○を付けて上記返送日までにご返送ください。

対応番号	確認対象情報（介護給付）						関連情報（医療給付）					
	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 単位数	実日数 単位数	医療給付情報突合リスト出力事由	医療 制度	診療 年月	医療機関 コード	電話番号	給付内容	診療日数 保険点数
1	900010 〇〇市	000000001 ヒメツツヤ1	H27.4	13 訪問看護	8 2,528	医療保険の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。	国保	H27.4	900000001 〇〇病院	999999999	医科 入院	30 15,000
上記医療突合審査内容について、 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					
確認の観点 医療機関に入院中の患者に、介護保険サービスを提供していないか。							する					
							しない					

(確認調整結果記入欄)  
この欄への記入は不要です

15ページの「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。

医療給付情報突合リスト(国民健康保険分)(請求事業所)  
平成27年 8月 突合分

事業所番号	901000001	事業所状態	
事業所名	事業所01		

突合区分(以下の事由により、確認が必要な情報を出しています)  
01: 医療給付の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。  
02: 在宅介護支援センター(医療)と(予防) 居宅介護支援事業(1) (介護) が重複請求されています。  
03: 要介護(要支援) 認定者には対象外の医療給付(「給付条件」欄に示す期間)です。  
04: 訪問看護療養(医療)と訪問看護サービス(介護) が重複請求されています。  
05: 在宅患者訪問療養管理指導料(医療)と介護老人福祉施設(介護) が重複請求されています。  
07: 入院・入院中以外の要介護(要支援) 認定者について、訪問看護療養指導料(医療) が請求されている可能性があります。

介護情報					医療情報															突合区分			
証記載保険者番号	被保険者番号	生年月日	認定有効期間 開始年月日	性別	事業所番号	事業所名	サービス コード	入所(入院・開始) 年月日	保険日数	保険者番号	被保険者(証) 番号	個人番号	診療年月	医療機関 コード	医療機関 電話番号	医療機関名	給付点検	入院年月日	資格 喪失 年月		診療実日数	請求番号 (得意)	レセプト 全国共通キー (管理番号)
証記載保険者名	被保険者名(カナ)	要介護度	認定有効期間 終了年月日		事業所電話番号	事業所住所	サービス名	退所(退院・中止) 年月日	保険単位数		被保険者名(カナ)		点数表	医療機関 電話番号	医療機関住所	入院区分				決定点数 (金額)	明細番号 (綴り)		
990001	000000001	1946/12/8	2015/01/01	女	9910000001	事業所01	13		8	*****	*****	*****	2015/04	900000001	〇〇病院			2015/1/20	無し	30	*****	*****	01
〇〇市	ヒメツツヤ1	要介護度1	2015/12/31		99-9999-9999	〇〇県××市△△町	訪問看護		2528	*****	*****	*****		999999999	〇〇県 〇〇市	入院				100000	*****	*****	

○出力事由・医療保険の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。

○対象サービス

介護情報	医療情報	
	国保（４０歳～７４歳）	後期高齢（７５歳以上）
すべてのサービス種類 (市町村特別給付、福祉用具販売、住宅改修を除く)  (介護予防・日常生活支援総合事業、 介護予防・日常生活支援総合事業（経過措置）を除く)	入院中	入院中

○報酬算定上の制限

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)		2. 入院中の患者				3. 入所中の患者			
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者	ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者		
基本	×	×	○	×	○ (A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。)	○ (A227精神科措置入院診療加算及びA227-2精神科措置入院退院支援加算に限る。)	○ (A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。)	×	—	—

※1 社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発第0331002号)に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。

区分	ア. 介護医療院に入所中の患者 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
	介護医療院サービス費のうち、他科受信時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
基本 入院料等	×		○ (A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。)	

○原因・・・ 請求された日数の合計が、当該月の「暦日数+2」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。

(例) 診療年月が平成27年4月の場合、暦日数+2=32日。

(介護給付の実日数：8日) + (医療給付の診療日数が23日) = 31日・・・リストに出力されません。

(介護給付の実日数：8日) + (医療給付の診療日数が30日) = 38日・・・リストに出力されます。

○対応・・・ ①「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○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、医療機関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○をつけて国保連へ返送して下さい。(国保連にて医療機関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○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、医療機関や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○をつけて国保連へ返送して下さい。(国保連にて医療機関や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15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16～20ページを参照して下さい。

介護給付費医療突合審査確認表（請求事業所）

事業所番号	901000002	事業所 0 2
返送日	平成 27年 9月 10日	平成 27年 8月 医療突合審査分
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。

突合区分02

「医療給付情報突合リスト出力事由」欄  
在宅時医学総合管理料(医療)と(予防)居宅療養  
管理指導費(Ⅰ)(介護)が重複請求されています

下記は貴事業所の介護請求明細書について医療突合審査処理を行った結果、請求内容を確認の上、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○を付けて上記返送日までに返送ください。

対応番号	確認対象情報（介護給付）						関連情報（医療給付）					
	証記載保険者番号	被保険者番号	サービス提供年月	サービス	実日数 単位数	医療給付情報突合リスト出力事由	医療制度	診療年月	医療機関コード	電話番号	給付内容	診療日数 保険点数
1	900010	000000002	H27.4	31 1111	1	在宅時医学総合管理料（医療）と（予防）居宅療養管理指導費（Ⅰ）（介護）が重複請求されています。	国保	H27.4	900000002	999999999	医科	30
	〇〇市	ヒナソナ2		医師居宅療養管理指導Ⅰ	503				〇〇病院		在宅時医学総合管理料算定	15,000
	上記医療突合審査内容について、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 居宅療養管理指導費（Ⅰ）（介護）ではなく、居宅療養管理指導費（Ⅱ）（介護）を請求すべきではないか。						（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					

（確認調整結果記入欄） 算定可能理由	過誤
	する
	しない

算定可能理由を記入して下さい。

医療給付情報突合リスト(国民健康保険分)(請求事業所)  
平成27年 8月 突合分

事業所番号	991000002	事業所状態
事業所名	事業所 0 2	

突合区分(以下の事由により、確認が必要な情報を出力しています)  
01: 高専病院の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。  
02: 在宅時医学総合管理料(医療)と(予防)居宅療養管理指導費(Ⅰ)(介護)が重複請求されています。  
03: 要介護(要支援)認定者には対象外の医療給付(「給付点検」欄に赤字印刷)です。  
04: 訪問看護療養費(医療)と訪問看護サービス費(介護)が重複請求されています。  
05: 在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療)と介護老人福祉施設(介護)が重複請求されています。  
07: 入院・入院中以外の要介護(要支援)認定者について、訪問診療滞在指導料(医療)が請求されている可能性があります。

対応番号	介護情報						医療情報											突合区分						
	証記載保険者番号	被保険者番号	生年月日	認定有効期間 開始年月日	認定有効期間 終了年月日	性別	事業所番号	事業所名	サービス コード	入所(入院・開始) 年月日	保険日数	保険者番号	被保険者(証) 番号	個人番号	診療年月	医療機関 コード	医療機関 名称		給付点検	入院年月日	資格 種別 エラー	診療実日数	請求番号 (世帯)	レセプト 全国共通キー (管理番号)
1	990001	000000002	1941/2/26	2015/01/01		女	991000002	事業所 0 2	311111		1	*****	*****	*****	2015/04	900000002	〇〇病院	在医師管		無し	10	*****	*****	02
	〇〇市	ヒナソナ2	要介護度 3	2015/12/31			99-9999-9999	〇〇市 × × 市 × × 町	療養(Ⅰ)		503	*****	*****	*****		医科	999999999	〇〇市 〇〇市	その他		10000	*****	*****	

○出力事由・・・在宅時医学総合管理料（医療）と（予防）居宅療養管理指導費（Ⅰ）（介護）が重複請求されています。

○対象サービス

介護情報	医療情報	
	国保（４０歳～７４歳）	後期高齢（７５歳以上）
居宅療養管理指導費（Ⅰ）、介護予防居宅療養管理指導費（Ⅰ） （医師が行う場合）	在宅時医学総合管理料 （特定施設入居時等医学総合管理料を含む）	在宅時医学総合管理料 （施設入居時等医学総合管理料を含む）

○報酬算定上の制限

**H 1 2 告示第 1 9 号別表 5 注 2**

イ 医師が行う場合

- (1) 居宅療養管理指導費（Ⅰ）
- (2) 居宅療養管理指導費（Ⅱ）

(1)については(2)を算定する場合以外の場合に、(2)については医科診療報酬点数表の在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定する利用者に対して、医師が、当該利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員等に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合に、所定単位数を算定する。

**H 1 8 告示第 1 2 7 号別表 5 注 2**

イ 医師が行う場合

- (1) 介護予防居宅療養管理指導費（Ⅰ）
- (2) 介護予防居宅療養管理指導費（Ⅱ）

(1)については(2)を算定する場合以外の場合に、(2)については医科診療報酬点数表の在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定する利用者に対して、医師が、当該利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員等に対する介護予防サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合に、所定単位数を算定する。

- 原因・ ・ (予防)居宅療養管理指導費(Ⅰ)(介護)と在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料(医療)が重複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(医療給付)」欄には在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定している医療機関が表示されます。)
- 対応・ ・ ①在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料(医療)を算定する利用者に対しては、(予防)居宅療養管理指導費(Ⅰ)ではなく(予防)居宅療養管理指導費(Ⅱ)の算定が必要です。(予防)居宅療養管理指導費(Ⅰ)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○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。

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
	国保・後期			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		日	外泊日数		日
入所実日数					

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」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	国保・後期	900010 〇〇市	0000000001 ヒホケンシャ1	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		○							○		

サービス実日数	8 日	外泊日数	日
入所実日数			

サービスを提供した時間帯に○をつけて下さい

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」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	国保・後期	900010 〇〇市	0000000001 ヒホケンシャ1	H27年4月	17 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	22 日	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
入所実日数		

福祉用具を貸与した時間帯に○をつけて下さい

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」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	<b>国保</b> ・後期	900010 〇〇市	0000000001 ヒホケンシャ1	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	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

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」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	国保・後期	900010 〇〇市	0000000001 ヒホケンシャ1	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	15 日	外泊日数	3 日
入所実日数			

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