

介護サービス請求事業者 様

佐賀県国民健康保険団体連合会

事務局長 今 泉 寛

(公 印 省 略)

介護給付費縦覧審査確認結果報告について (通知)

本会の介護給付費等の審査支払業務につきましては、日頃からご協力をいただき感謝申し上げます。

さて、本会では介護給付適正化を推進するために、保険者からの委託を受けて平成20年度から標記縦覧審査を行っていますが、平成28年度からこの審査確認結果の事業所からの報告先を保険者から国保連合会へと変更することにしました。

つきましては、4月、7月、10月及び1月の各月の25日ごろに縦覧審査の結果、疑義のある給付実績については、本会から該当サービス事業者に対して該当する下記帳票を送付しますので、介護給付費縦覧審査確認表(以下「確認表」という。)の疑義内容を確認のうえ、確認調整結果を記入して、確認表に記載している返送日までに本会へ郵送していただくこととなります。

また、確認表の関連情報欄に他の事業所のサービスの記載があり、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となりますので、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」に記入して送付することとなります。(同封している「サービス提供日/入所日確認表」をコピーして利用してください。)

なお、確認表の対応方法及び「サービス提供日/入所日確認表」の記入例等を本会のホームページに掲載していますので参考にしてください。

記

「確認表」「縦覧チェック一覧表」

1. 介護給付費縦覧審査確認表
2. 算定期間回数制限縦覧チェック一覧表
3. 重複請求縦覧チェック一覧表
4. 単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表

担当：情報・介護課 介護保険係

電話：0952-26-4302

介護給付費縦覧審査確認表【国保連合会→請求事業所、支援事業所】

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

事業所番号	507000001
事業所名	サービス事業所 0 1
事業所担当者氏名	
連絡先電話番号	

平成 27年 5月 縦覧審査分

平成 27年 5月 20日

〇〇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27年04月28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 0 1	000000001 〇〇〇 〇〇	H27. 4	17 / 8001	算定開始月から算定可能な加算の合計が制限回数を超過しています	H27. 3	507000001 サービス事業所 0 1	01-2345-9876	17 / 8001	
	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。						過誤				
	確認の観点	それぞれ別の雇用具貸与を開始しているか/実日数の記載誤りではないか					する・しない				
2	算定	501001 保険者 0 1	000000002 〇〇〇 〇〇	H27. 4	51 / 6279	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。						過誤				
	確認の観点	※本欄にご記入いただきましても、介護給付費縦覧審査確認表へは反映されません。					する・しない				
3	重複	501001 保険者 0 1	000000003 〇〇〇 〇〇	H27. 4	11 / 20	複数サービスの合計日数が受給可能日数を超過している、又は同時算定不可なサービスが存在します	H27. 4	***** *****	68	11	
	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。						過誤				
	確認の観点	いずれの請求が誤りか					する・しない				
4	居宅支援	501001 保険者 0 1	000000004 〇〇〇 〇〇	H27. 4	69 / 千円未満未満	サービス計画書の請求はあるが、介護サービスの給付実績がありません	H27. 4	507010001 支援事業所 0 1	99-9999-9999	43 / 2111	
	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。						過誤				
	確認の観点	利用実績があるか、月連れ請求ではないか 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					する・しない				
5	単独	501001 保険者 0 1	000000005 〇〇〇 〇〇	H27. 4	53 / 2852	入所期間が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。						過誤				
	確認の観点	区産機関における入居と通算して1月を超えるか					する・しない				

サービス提供日／入所日確認表

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		日	外泊日数		日
入所実日数					