

情介発第 5810号
平成28年3月31日

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)

介護給付費医療突合審査について（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28年度から標記医療突合審査を行います。

突合審査の結果、疑義のある給付実績については、該当サービス事業者に対して本会から介護給付費医療突合審査確認表（以下「確認表」という。）及び医療給付情報突合リストを毎月14日ごろに送付しますので、確認表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になります。

また、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になります。（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。

担当：情報・介護課 介護保険係
電話：0952-26-4302

介護給付費医療突合審査確認表【国保連合会→請求事業所、支援事業所】

介護給付費医療突合審査確認表（請求事業所）

事業所番号	990000010	事業所1
送付日	平成 27年 7月 10日	
事業所担当者氏名		
連絡先電話番号		

平成 27年 6月 医療突合審査分

NN 99年 05月 03日

〇〇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○を付けて上記送付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	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	990010 〇〇市	000000001 ヒササキ1	H27.4	43 1,353	居宅介護支援 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	***** *****	***** *****	内科 入院	4 27,649
	上記医療突合審査内容について、 貴事業所での対応調整結果を右に記入してください。					過誤					
	確認の ポイント 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)					過誤					
						する ・ しない					
	(確認調整結果記入欄)					過誤					
						する ・ しない					
	(確認調整結果記入欄)					過誤					
						する ・ しない					
	(確認調整結果記入欄)					過誤					
						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
	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					