

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

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

| | |
|----------|--------------|
| 事業所番号 | 1970000001 |
| 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 |

令和**年**月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

令和〇年〇月〇日

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〇年〇月〇日までにご返送ください。

山梨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 | 191001 保険者01 | 0000000001 かこ`々々 | R2.12 | 52 6252 保健施設短期集中リハ加算 | 10 | 入所日から過去3ヶ月以内に施設に入所しています | R2.10 | 1970000001 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 | 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 | | | | | | 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 〇月〇日～〇月〇日 再入所日 〇月〇日 | 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_入所日から過去3ヶ月以内に施設に入所しています

- 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

 - 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。(医療保険にて入院している場合は算定可能となる場合があります)

 - 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・・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、
 - ①再入所である場合は、「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○をつけて返送して下さい。
 - ②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、過誤申立書と併せて返送して下さい。
-