

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）

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

令和〇年〇月〇日

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

山梨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。

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 太郎	R2.4	21 2113 併設短期生活 I 1・夜減	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）	R2.3	***** *****	***** *****	21 2113 併設短期生活 I 1・夜減	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 <input checked="" type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない						

又は

(確認調整結果記入欄)	過誤
A ショートステイ：3/11～3/31 21日間	する
自ショートステイ：4/2～4/20 19日間	<input checked="" type="checkbox"/> しない

・サービス提供状況を記入して下さい。
・必要に応じて「サービス提供日/入所日確認表」を添付して下さい。

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）

●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・・レセプトに記載されている入退所年月日において、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。）

例)

	利用日数	入所年月日	退所年月日
A ショートステイ	21	3/11	(空欄)
B ショートステイ	19	4/2	4/20

何らかの理由で退所年月日（3/31）が入らなかった。

3/11~4/20...40日間

●対応・・自事業所のサービス提供状況や入所状況を確認した結果、

①自事業所の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。

※入退所年月日の記載誤りのみで、保険請求額等には間違いがない場合、該当の保険者に過誤の要否をご確認下さい。

②自事業所の請求誤りでない場合は、利用状況を記載し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。

（必要に応じて「サービス提供日／入所日確認表」を添付して下さい。）