

平成 24 年度
介護給付費縦覧審査支援業務について

介護給付費縦覧審査とは

国保連合会が行う介護給付費縦覧審査とは、過去に介護給付費を支払った請求について、複数月の請求内容や他の事業所の請求内容を確認して審査を行う事です。介護給付費縦覧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、必要に応じ過誤・再請求を行う事で、給付の適正化を図る事を目的としています。

介護給付費縦覧審査の流れ

- ① 国保連合会から介護サービス事業所へ「縦覧帳票(請求事業所向)」と「介護給付縦覧審査確認表」が送付される。



- ② 介護サービス事業所は、「介護給付縦覧審査確認表」に必要事項を記入の上、国保連合会へ郵送する。



- ③ 国保連合会は、事業所から返送された「介護給付縦覧審査確認表」や事業所が過去に提出した請求明細書及び給付管理票に基づいて確認等を行い、保険者へ縦覧審査結果を送付する。
保険者が縦覧審査結果を受理した場合、国保連合会は過誤処理を行う。



- ④ 介護サービス事業所は、必要に応じて請求を正しい内容に修正して再請求を行う。

介護給付費縦覧審査確認表の例

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

事業所番号	
事業所名	
事業所担当者氏名	
連絡先電話番号	

平成〇年〇月縦覧審査分

平成〇年〇月〇日

□□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」の場合は、過誤を「する」・「しない」のいずれかに○を付けて平成〇年〇月〇日までにご返送ください。

確認対象情報								関連情報						
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		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
	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)									
	確認の 観点													
	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)									
	確認の 観点													
	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)									
	確認の 観点													
	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)									
	確認の 観点													
	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)									
	確認の 観点													

事業所向け縦覧帳票の例

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号		事業所状態	
事業所名			

平成〇年〇月 提供分

平成〇年〇月〇日
〇〇県国民健康保険団体連合会

基 本 情 報										明 細 ／ 特 定 情 報										国 民 健 康 保 険			後 期 高 齢 者 保 険		認 定 有 効 期 間	備 考		
確認 対応番号	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	要 介 護 状 態 区 分	サ ー ビ ス 提 供 年 月	審 査 年 月	事 業 所 番 号	事 業 所 名 称	事 業 所 状 態	様 式 番 号	入 所（院） 年 月 日※1	退 所（院） 年 月 日※2	現 物 / 償 還	鑑 定 区 分	サ ー ビ ス 又 は 鑑 別 番 号 ※3	サ ー ビ ス 名 称	日 数 / 回 数	単 位 数	換 算 額	保 険 者 番 号	被 保 険 者 証 番 号	個 人 番 号	後 期 高 齢 者 保 険 者 番 号 ※4	後 期 高 齢 者 保 険 者 番 号 ※4	認 定 有 効 期 間 （ 開 始 年 月 日 ）	備 考	

重複請求縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号		事業所状態	
-------	--	-------	--

事業所名	
------	--

平成○年○月 提供分

平成〇年〇月〇日

〇〇県国民健康保険団体連合会

[illegible]

居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表（請求事業所）

事業所番号		事業所状態	
-------	--	-------	--

平成〇年〇月 提供分

平成〇年〇月〇日

事業所名称	
-------	--

□□県国民健康保険団体連合会

[illegible]

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			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					

介護給付費縦覧審査確認表の対応について

本会が行う介護給付費縦覧審査対象帳票	概 要
算定期間回数制限縦覧チェック一覧表	同一受給者の請求明細書が一定の期間内に複数あり、算定期間、回数制限を満たしていない明細書を抽出。
重複請求縦覧チェック一覧表	同一受給者、同一サービス提供年月の請求明細書が複数あり、限度となる日数・回数を超過している明細書を抽出。
居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表	サービス利用票の作成が行われなかった月及びサービス利用票を作成した月においてもサービスの利用実績がなかった場合等の居宅介護支援費の請求状況を抽出。
単独請求明細書における 準受付審査チェック一覧表	単月の明細書で、基本的には算定出来ないが、状況によって算定が認められる場合があるため、請求状況を確認の上、場合によっては正しく請求し直す必要がある明細書を抽出。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「縦覧点検出力事由」欄
貸与開始月に算定可能な加算の合計が制限回数
を超えています

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 〇 1
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

平成 22 年 〇 月 〇 日 縦覧審査本分
確認表記入者の氏名と電話番号を
記入してください。

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」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	501001	0000000001	H21. 8	17	8001	1	貸与開始月に算定可能な加算 の合計が制限回数を超えてい ます	H21. 7	5070000001	99-9999-9999	17	8001	1
		保険者 〇 1	かゝ 〇 〇 〇		車いす貸与 特地加算					サービス事業所 〇 1		車いす貸与 特地加算		
	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						
								する ・ しない						
確認の 観点		それぞれ別の福祉用具貸与を開始して算定してい るか／実日数の記載誤りでないか												

又は

(確認調整結果記入欄)	過誤
確認対象情報 H20/8 サービス A 車椅子 H20/8/10 貸与開始 関連情報 H20/7 サービス B 電動車椅子 H20/7/10 貸与開始	する ・ しない

福祉用具商品名・貸与開始日を
記入してください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号	5070000001	事業所状態	
事業所名	サービス事業所 〇 1		

平成 21 年 8 月 提供分

平成〇年〇月〇日
〇〇県国民健康保険団体連合会

基 本 情 報										明 細 / 特 定 情 報										国民健康保険				後期高齢者 被保険者 番号※ 4	後期高齢者 被保険者 番号※ 4	認定有効期間 (開始年月日)	備考
確認表 対応番号	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	要介護 状態区分	サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	様式 番号	入所 (院) 年月日※ 1	退所 (院) 年月日※ 2	現物/ 償還	縦覧 区分	サービス 又は識別番号※ 3	サービス名称	日数/ 回数	単位数	摘要欄	保険者番号	被保険者証 番号	個人番号	後期高齢者 被保険者 番号※ 4	後期高齢者 被保険者 番号※ 4	認定有効期間 (開始年月日)	備考
	501001	保険者 〇 1	0000000001	かゝ 〇 〇 〇	22	H21. 7	H21. 8	5070000001	サービス事業所 〇 1		2	H21. 7. 1		現物	*01	17-8001	車いす貸与特地加算	1	100								
1	501001	保険者 〇 1	0000000001	かゝ 〇 〇 〇	22	H21. 8	H21. 9	5070000001	サービス事業所 〇 1		2	H21. 8. 1		現物	*01	17-8001	車いす貸与特地加算	1	100								

内容・・貸与開始月に算定可能な加算の合計が制限回数を超えています

対象サービス

・・福祉用具貸与・予防福祉用具貸与（特地加算、小規模加算、中山間加算）

報酬算定上の制限

・・サービス開始月に1回のみ算定可能なサービスです。

原因・・「確認対象情報」と同一のサービスコードによる請求が、前月以前にもある場合に、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」には前月以前の同一サービスコードによる請求が表示されます。）

対応・・①それぞれ別の福祉用具の貸与を開始して算定しているか確認してください。確認した結果、それぞれ別の福祉用具の貸与を開始していることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に、「確認対象情報」欄に表示されている福祉用具貸与サービスの福祉用具商品名・貸与開始日及び「関連情報」欄の福祉用具の福祉用具名・貸与開始日を記入し、「過誤しない」に○をつけて返送してください。
②確認した結果、サービス実日数の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ください。

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

「縦覧点検出力事由」欄
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)

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 〇 1
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

平成 22 年 9 月縦覧審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入してください。

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」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	501001	0000000001	H21. 8	21	2113	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)	H21. 7	*****	*****	21	2113	21
		保険者01	介護 特別		併設短期生 活 I 1・夜減					*****	併設短期生 活 I 1・夜減			
	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)				過誤					
	確認の 観点	いずれの請求が誤りか				請求誤りのため過誤				する ・ しない				

又は

(確認調整結果記入欄) この欄への記入は不要です。	過誤 する ・ しない
----------------------------------	--------------------------

「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ください。

算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号

5070000001

事業所状態

事業所名

サービス事業所 〇 1

平成 21 年 8 月 提供分

平成〇年〇月〇日

〇〇県国民健康保険団体連合会

基 本 情 報										明 細 / 特 定 情 報										国民健康保険				後期高齢者 保険者番号※4	後期高齢者 被保険者 番号※4	認定有効期間 (開始年月日)	備考
確認表 対応番号	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	要介護 状態区分	サービス 提供年月	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	様式 番号	入所(院) 年月日※1	退所(院) 年月日※2	現物/ 償還	縦覧 区分	サービス 又は識別番号※3	サービス名称	日数/ 回数	単位数	摘要欄	保険者番号	被保険者証 番号	個人番号				
	501001	保険者 〇 1	0000000001	カイゴ 特別	21	H21. 7	H21. 8	*****	*****		3	H21. 7. 10		現物	*05	21-2113	併設短期生活 I 1・夜減	21	602								
1	501001	保険者 〇 1	0000000001	カイゴ 特別	21	H21. 8	H21. 9	5070000001	サービス事業所 〇 1		3	H21. 7. 21	H21. 8. 19	現物	*05	21-2113	併設短期生活 I 1・夜減	19	602								

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・・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。）

対応・・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」に記入してください。（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ください。

確認した結果、自分の事業所の請求誤りでない場合は、他の事業所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ください。（国保連にて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。）

「介護給付費縦覧審査確認表」の「確認対象情報」欄の内容を記入してください

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	算定・重複	501001 保険者01	0000000001 カイゴタロウ	H20年8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	○	○	○	○	○	○	○	○	退		
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
午前											
午後											

サービス実日数	19 日	外泊日数	日
入所実日数			

入所している時間帯に○をつけてください。
入所日には「入」、退所日には「退」と記入してください

介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

事業所番号	5070000001
事業所名	サービス事業所 〇 1
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

平成 21 年 9 月縦覧審査分

「縦覧点検出力事由」欄
複数サービスの合計日数が受給可能日数を超えている、又は同時算定不可なサービスが存在します

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」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	重複	501001	0000000001	H20. 8	14	8	複数サービスの合計日数が受給可能日数を超えている、又は同時算定不可なサービスが存在します	H20. 8	*****	*****	52	25
		保険者〇 1	カゴ 知		訪問リハビリ				*****		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)		過誤					
	確認の 観点	いずれの請求が誤りか				請求誤りのため過誤		する ・ しない				

又は

(確認調整結果記入欄)	過誤
この欄への記入は不要です	する ・ しない

「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ください。

重複請求縦覧チェック一覧表（請求事業所）

事業所番号 5070000001 事業所状態

平成 20年 8月 提供分

事業所名 サービス事業所 〇 1

平成〇年〇月〇日
〇〇県国民健康保険団体連合会

確認表 対応番号	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	審査年月	事業所番号	事業所名称	事業所 状態	支援事業所 番号	支援事業所名称	様式 番号	開始年月日 入所年月日※ 3	退所年月日 ※ 3	実日数 ※ 1 ※ 3	受給可能 日数※ 2 ※ 3	現物/ 償還	サービス	サービス名称	単位数 ※ 4	日数/ 回数※ 4	サービス 単位数	備考
1	501001	保険者 〇 1	0000000001	アイコ 知子	H20. 8	H20. 9	5070000001	サービス事業所 〇 1		5070000002	支援事業所 〇 2	2			8	32	現物	14	訪問リハビリ			4, 000	
	501001	保険者 〇 1	0000000001	アイコ 知子	H20. 8	H20. 9	*****	*****				9	H20. 8. 6		25		現物	52	介護保健施設			17, 550	

内容・ ・ 複数サービスの合計日数が受給可能日数を超えている、又は同時算定不可なサービスが存在します

原因・ ・ 請求された日数の合計が、利用者の当該月でのサービスを受けられる日数（＝受給可能日数）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。他のサービス、他の事業所の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。）

対応・ ・ ①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」に記入してください。（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ください。
確認した結果、自分の事業所の請求誤りでない場合は、他の事業所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ください。（国保連にて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。）

<その他確認表記入例>

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	算定・ 重	5 0 1 0 0 1 保険者 0 1	0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 カイゴタロウ	H 2 0 年 8 月	2 1 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
入所実日数			

入所している時間帯に○をつけてください。
入所日には「入」、退所日には「退」と記入してください

「介護給付費縦覧審査確認表」の「確認対象情報」欄の内容を記入してください

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	算定・ 重	501001 保険者01	0000000001 カイゴタロウ	H20年8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○をつけてください。
入所日には「入」、退所日には「退」、外泊日には「外」と記入してください

介護給付費縦覧審査確認表（支援事業所）

事業所番号	5070000001
事業所名	支援事業所 〇 1
事業所担当者氏名	事業所 太郎
連絡先電話番号	99-9999-9999

平成 21 年 9 月縦覧審査分

平成〇年〇月〇日

下記は真事業所が計画した給付管理票に紐づく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、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。

〇〇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	事業所番号	電話番号	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	居宅 支援	501001	0000000001	H20. 8	5070000001	99-9999-9999	43	2111		サービス計画費の請求はあるが、給付実績がありません	H20. 8	5070000002	22-2222-2222	11	無
		保険者 〇 1	かこ 太郎		支援事業所 〇 1		居宅支援 I 1	サービス事業所 〇 2				訪問介護			
	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) サービス提供実績 無し					H20. 8	5070000002	22-2222-2222	12	無	
											サービス事業所 〇 2		訪問入浴		
	確認の 観点	利用実績があるか、月遅れ請求ではないか													

又は

事業所番号	電話番号	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
5070000001	99-9999-9999	43	2111		サービス計画費の請求はあるが、給付実績がありません	H20. 8	5070000002	22-2222-2222	11		無
支援事業所 〇 1		居宅支援 I 1					サービス事業所 〇 2		訪問介護		
(確認調整結果記入欄) サービス提供実績 有り						過誤	H20. 8	5070000002	22-2222-2222	12	
					サービス事業所 〇 2			訪問入浴			

サービス提供実績の有無を
記入してください。

居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表(事業所)

支援事業所番号 5070000001

NN99年99月99日

平成 20年 8月 提供分

支援事業所名 支援事業所01

〇〇県国民健康保険団体連合会

サービス計画費情報								給付管理票情報				給付実績情報					
保険者番号	保険者名	証記載 保険者番号	被保険者 番号	被保険者名	審査年月	現物/ 償還	サービス コード	サービス名称	サービス 種類 コード	サービス 事業所番号	サービス事業所名称	計画 単位数	サービス 種類 コード	サービス 事業所番号	サービス事業所名称	現物/ 償還	給付 単位数
501001	保険者01	501001	0000000001	かこ' 様	H20.08	現物	43-2111	居宅支援11	11	5070000002	サービス事業所02	2,000					
501001	保険者01	501001	0000000001	かこ' 様	H20.08	現物	43-2111	居宅支援11	12	5070000002	サービス事業所02	2,000					

内容・・・サービス計画費の請求はあるが、給付実績はありません

報酬算定上の制限

- ・・・サービス利用票の作成が行われなかった月及びサービス利用票を作成した月においても利用実績のない月については、給付管理票を作成できないため、サービス計画費は請求できません。

原因・・・サービス計画費の請求はあるが、給付管理票に記載されたサービスの給付実績が1件もない場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。「関連情報」欄には給付管理票に記載されているサービスが表示されます。

対応・・・「関連情報」欄に表示されているサービスの提供状況について確認し、「関連情報」の「日数／回数」欄に、それぞれのサービス提供の有無を「有」又は「無」と記入してください。

確認した結果、関連情報欄の全てのサービスが「無」の場合は、「過誤する」に○をつけて国保連へ返送してください。

確認した結果、「有」のサービスがある場合は、「過誤しない」に○をつけて返送してください。(国保連にてサービス事業所からの回答内容を確認した結果、過誤になる場合があります。)

愛媛県国民健康保険団体連合会

えひめのこくほwebサイトへようこそ!!

当サイトでは、愛媛県の国民健康保険に加入されている被保険者の方々に
国民健康保険を正しくご利用していただくための情報などをお知らせしています。



えひめのみなさまの
健康づくりを
応援しています♪

愛媛県国保連キャラクター
えひまりちゃん

新 着 情 報

▶ 2011年12月16日
採用の情報に「[職員採用試験合格者発表](#)」を掲載しました。

2011年12月9日
[国保連合会職員を装った不当な販売行為にご注意下さい。](#)

2011年12月5日
国保の情報の

Q サイト内検索

知りたい情報は見つかりましたか?
見つからない場合は、キーワードで
検索してみましょう!

検索

コ ン テ ン ツ

❧ 連合会の情報

国保連合会に関する
情報です。

- ▶ [公告](#)
- ▶ [個人情報保護方針](#)
- ▶ [採用情報](#)

▶ [診療報酬明細書等
の審査及び支払に係
る事務の委託先の変
更に関する情報公開](#)

❧ 国保の情報

国民健康保険に関す
る情報です。

- ▶ [国保について](#)
- ▶ [保険者の皆様へ](#)
- ▶ [国保情報](#)
- ▶ [医療機関の皆様へ](#)
- ▶ [基金の執行状況
について](#)

❧ 長寿医療の 情報

❧ 介護の情報

介護保険に関する情報
です。

- ▶ [介護保険について](#)
- ▶ [保険者の皆様へ](#)
- ▶ [事業所の皆様へ](#)

▶ [障害者自立支援につ
いて](#)

▶ [介護サービス情報の公
表について](#)

携帯サイトでも
国保の情報が見れるよ!



※携帯サイトアドレス
[http://www.kokuhoren-ehime.
index_m.html](http://www.kokuhoren-ehime.
index_m.html)

愛媛県国民健康保険団体連合会


[HOME](#) / [介護の情報](#) / 請求及び支払に関するスケジュール

検索

連合会の情報

国保の情報

介護の情報

保健事業の情報

交通事故にあったとき

リンク

介護の情報

▶ 介護保険について

▶ 保険者の皆様へ

▶ 事業所の皆様へ



お知らせ

[請求及び支払に関する
スケジュール](#)
[簡易入力ソフト、
伝送ソフトに関するQ&A](#)
[請求に関する
よくある問い合わせ](#)
[審査情報提供システムに
ついて](#)
[各種様式ダウンロード](#)
[平成17年10月法改正に
伴う資料](#)
[平成18年4月法改正に伴
う資料](#)
[平成21年4月法改正に伴
う資料](#)
[審査支払結果帳票の解説](#)
[介護給付費縦覧審査確認
表記入例](#)

請求及び支払に関するスケジュール

平成23年度

	介護給付費 請求締切	再審査 申立締切	審査結果送信 (当月審査分)	介護給付費支払 (前月審査分)
平成23年				
4月	10日(日)	15日(金)	28日(木)	5/31(火)
5月	10日(火)	16日(月)	31日(火)	6/30(木)
6月	10日(金)	15日(水)	30日(木)	7/29(金)
7月	10日(日)	15日(金)	29日(金)	8/31(水)
8月	10日(水)	15日(月)	31日(水)	9/30(金)
9月	10日(土)	15日(木)	30日(金)	10/31(月)
10月	10日(月)	17日(月)	31日(月)	11/30(水)
11月	10日(木)	15日(火)	30日(水)	12/28(水)

平成24年度 年間スケジュール

平成24年										平成25年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	1回目 (平成23年10月サービス分点検)											
国保 連合会	①縦覧点検帳票の出力											
	→ ②縦覧点検帳票の点検											
		→ ③『介護給付費縦覧審査確認表』作成・送付										
			→ ⑤回答点検及び結果登録									
			→ ⑥『介護縦覧審査結果通知』、『過誤申立作成一覧表』、『過誤申立書データ』作成、送信									
				→ ⑨過誤処理								
				→ ⑩過誤決定通知書作成・送付								
保険者				→ ⑦『介護縦覧審査結果通知』、『過誤申立作成一覧表』、『過誤申立書データ』受信、内容確認、訂正等								
				→ ⑧過誤申立書データ作成、送信								
事業所		→ ④『介護給付費縦覧審査確認表』内容確認、返送										
				2回目 (平成24年1月サービス分点検)								
							3回目 (平成24年4月サービス分点検)					
										4回目 (平成24年7月サービス分点検)		

※スケジュールについては、システム拡充時期、運用次第で変更する場合がございます。