

# 各確認兼過誤申立書 事例集

## 《医療給付情報突合結果確認》

新潟県国民健康保険団体連合会

介護保険課

2014.11

# 医療給付情報突合結果確認（国保） 兼 介護給付費過誤申立書

平成 ○○年 ○○月 処理分

事業所番号	159999999	事業所名	○○○○○○○
事業所電話番号	025-999-9999	事業所住所	○○○○○○○

保険者番号	159999
保険者名	○市

例1	突合区分	介護情報								医療情報								チエツク欄	申立理由コード	申立理由	承認		
		被保険者番号	生年月日	認定有効期間開始年月日	性別	事業所番号	事業所名	サービスコード	入所（入院・開始）年月日	保険日数	保険者番号	被保険者（証）番号	個人番号	診療年月	医療機関コード	医療機関名	給付点検					入院年月日	診療実日数
		被保険者名（カナ）	要介護度	認定有効期間終了年月日		事業所電話番号	事業所住所	サービス名	退所（退院・中止）年月日	保険単位数	被保険者名（カナ）			点数表	医療機関電話番号	医療機関住所	入院区分						決定点数（金額）
01	999999999	19○/06/09	2013/06/01	●	1599999999	○○○○○○○	73	2012/12/10	30	00999999	00000000001111111111	000000000000	2013/09	1511111111	△△△△病院		2013/9/2	29					
	●●● ●●●	要介護度1	2014/05/31		025-999-9999	○○○○○○○	小規模多機能		12431	●●● ●●●			医科	025-999-9999		入院		28041					

確認事項： 入院により、通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスのいずれも利用し得ない月（または、月途中までの利用）で、小規模多機能型居宅介護費の算定。（参照：平成18年9月4日付「介護老人福祉施設及び地域密着型サービスに関するQ&A」問42）

対 処： 「登録が継続しているなら、算定は可能であるが、サービスを利用できないのに利用者負担が生じることに配慮して、基本的には、一旦契約を終了すべきである。」と考えられているため、利用者・家族等の意向等を考慮した結果であるならば、その旨を請求正当理由欄に記載する。  
 また、上記以外においては、請求を取り下げて（承認欄に代表者等の押印）、日割りにて再請求をおこなう。（契約を終了した後においても再登録を希望することが想定されることから円滑な再登録にできるだけ配慮する。）

例2	突合区分	介護情報								医療情報								チエツク欄	申立理由コード	申立理由	承認		
		被保険者番号	生年月日	認定有効期間開始年月日	性別	事業所番号	事業所名	サービスコード	入所（入院・開始）年月日	保険日数	保険者番号	被保険者（証）番号	個人番号	診療年月	医療機関コード	医療機関名	給付点検					入院年月日	診療実日数
		被保険者名（カナ）	要介護度	認定有効期間終了年月日		事業所電話番号	事業所住所	サービス名	退所（退院・中止）年月日	保険単位数	被保険者名（カナ）			点数表	医療機関電話番号	医療機関住所	入院区分						決定点数（金額）
02	999999999	19○/06/09	2013/06/01	●	1599999999	○○○○○○○	311111		2	00999999	00000000001111111111	000000000000	2013/09	1511111111	△△△△病院			3					
	●●● ●●●	要介護度1	2014/05/31		025-999-9999	○○○○○○○	療養（Ⅰ）		1000	●●● ●●●			医科	025-999-9999		在医総管 その他		6330					

確認事項： 医療において、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時医学総合管理料を算定する利用者に対し、居宅療養管理指導費（Ⅰ）を算定。

対 処： 居宅療養管理指導費（Ⅱ）で算定のため、本請求を取り下げて（承認欄に代表者等の押印）、居宅療養管理指導費（Ⅱ）に訂正し再請求をおこなう。  
 ※ サービスコードは（Ⅰ）であるが、保険単位数は（Ⅱ）である場合（請求単位数としては正当請求）も本確認兼申立書を発送しますので、請求正当理由欄に「サービスコード誤り」と記載していただき今後の請求は留意してください。

例3	突合区分	介護情報								医療情報								チエツク欄	申立理由コード	申立理由	承認		
		被保険者番号	生年月日	認定有効期間開始年月日	性別	事業所番号	事業所名	サービスコード	入所（入院・開始）年月日	保険日数	保険者番号	被保険者（証）番号	個人番号	診療年月	医療機関コード	医療機関名	給付点検					入院年月日	診療実日数
		被保険者名（カナ）	要介護度	認定有効期間終了年月日		事業所電話番号	事業所住所	サービス名	退所（退院・中止）年月日	保険単位数	被保険者名（カナ）			点数表	医療機関電話番号	医療機関住所	入院区分						決定点数（金額）
01	999999999	19○/06/09	2013/06/01	●	1599999999	○○○○○○○	32	2012/1/1	27	00999999	00000000001111111111	000000000000	2013/09	1511111111	△△△△病院		2013/9/13	6					
	●●● ●●●	要介護度1	2014/05/31		025-999-9999	○○○○○○○	認知症型		23078	●●● ●●●			医科	025-999-9999		入院		23158					

確認事項： 医療機関に入院中の患者に、介護保険サービスの提供。（または、同月に入院歴があり介護保険サービスが暦日数を超過。）

対 処： 介護保険サービスの請求内容を誤った場合は、本請求を取り下げて（承認欄に代表者等の押印）、正しい請求内容に訂正し再請求をおこなう。  
 ※ 同月に医療機関の入退院と施設又は短期入所の入退所があり暦日数を超過する場合も、本確認兼申立書を発送しますので、請求正当理由欄に「○日～○日及び○日～○日 入院」等その旨を記載してください。