

各確認兼過誤申立書 事例集

《算定期間回数制限確認》

新潟県国民健康保険団体連合会

介護保険課

2014.11

算定期間回数制限確認 兼 介護給付費過誤申立書

事業所番号	1599999999
事業所名	〇〇〇〇〇〇〇〇

平成 〇〇年 〇〇月 処理分

保険者番号	159999
保険者名	〇〇市

縦覧区分	縦覧整理番号	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	後期高齢者 被保険者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考	チェック欄	申立理由 コード	申立理由	承認		
		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	事業所番号	事業所名称	入所(院) 年月日	退所(院) 年月日	サービス 又は識別番号	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	請求正当理由等
例1	*05	01	9999999999	●●●●●●●●	23	H25.11	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇	H25.11.1	H25.11.28	21-1135	単独短期生活Ⅱ 3	28	858										2146		
	*05	01	9999999999	●●●●●●●●	23	H25.12	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇	H25.11.28	H25.12.11	21-1135	単独短期生活Ⅱ 3	16	448										2146		

確認事項：利用者が連続して30日を超えて指定短期入所生活介護を受けている場合においては、30日を超える日以降に受けた指定短期入所生活介護については、短期入所生活介護費は算定しない。(H12告示第19号別表8注11)

対 処：入退所(院)年月日に記載誤りがなければ、どちらか一方の請求を取り下げて(承認欄に代表者等が押印)、翌月以降に本会からの過誤決定通知書に本件の記載があることを確認後、日数/回数が合計して30日を超えない範囲で再請求をおこなう。

※ 入退所(院)年月日の記載誤り又は複数回入退所を繰り返した場合についても、本確認兼過誤申立書を発送しますので、請求正当理由等欄に「入退所(院)年月日の記載誤り」「〇日～〇日入所、〇日～入所」等その旨を記載していただき、今後の請求時には留意してください。

縦覧区分	縦覧整理番号	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	後期高齢者 被保険者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考	チェック欄	申立理由 コード	申立理由	承認		
		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	事業所番号	事業所名称	入所(院) 年月日	退所(院) 年月日	サービス 又は識別番号	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	請求正当理由等
例2	*05	02	9999999999	●●●●●●●●	23	H25.11	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇	H25.11.14	H25.11.30	21-2421	併ユ短期生活Ⅰ 2	17	781										2146		
	*05	02	9999999999	●●●●●●●●	23	H25.12	1599999998	△△△△△△△△	H25.11.30	H25.12.29	21-1135	併ユ短期生活Ⅰ 4	30	924										2146		

確認事項：利用者が連続して30日を超えて指定短期入所生活介護を受けている場合においては、30日を超える日以降に受けた指定短期入所生活介護については、短期入所生活介護費は算定しない。(H12告示第19号別表8注11) 退所日に別の事業所(同一サービス種類)に入所した場合には、連続入所として算定する。

対 処：入退所(院)年月日に記載誤りがなければ、いずれかの事業所の請求が誤りである可能性があるため、双方で協議の上、どちらか一方の請求を取り下げて(承認欄に代表者等が押印)、翌月以降に本会からの過誤決定通知書に本件の記載があることを確認後、日数/回数が合計して30日を超えない範囲で再請求をおこなう。

※ 入退所(院)年月日の記載誤り又は複数回入退所を繰り返した場合についても、本確認兼過誤申立書を発送しますので、請求正当理由等欄に「入退所(院)年月日の記載誤り」「〇日～〇日入所、〇日～入所」等その旨を記載していただき、今後の請求時には留意してください。

縦覧区分	縦覧整理番号	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	後期高齢者 被保険者番号	認定有効期間 (開始年月日)	備考	チェック欄	申立理由 コード	申立理由	承認		
		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	事業所番号	事業所名称	入所(院) 年月日	退所(院) 年月日	サービス 又は識別番号	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	請求正当理由等
例3	*05	01	9999999999	●●●●●●●●	24	H25.11	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇	H25.10.21	H25.11.19	21-1441	単ユ短期生活Ⅰ 4	29	960										2146		
	*05	01	9999999999	●●●●●●●●	24	H25.12	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇	H25.11.19	H25.12.18	21-1441	単ユ短期生活Ⅰ 4	30	960										2146		

確認事項：利用者が連続して30日を超えて指定短期入所生活介護を受けている場合においては、30日を超える日以降に受けた指定短期入所生活介護については、短期入所生活介護費は算定しない。(H12告示第19号別表8注11)

対 処：入退所(院)年月日に記載誤りがなければ、どちらか一方の請求を取り下げて(承認欄に代表者等が押印)、翌月以降に本会からの過誤決定通知書に本件の記載があることを確認後、日数/回数が合計して30日を超えない範囲で再請求をおこなう。

※ 入退所(院)年月日の記載誤り又は複数回入退所を繰り返した場合についても、本確認兼過誤申立書を発送しますので、請求正当理由等欄に「入退所(院)年月日の記載誤り」「〇日～〇日入所、〇日～入所」等その旨を記載していただき、今後の請求時には留意してください。

算定期間回数制限確認 兼 介護給付費過誤申立書

事業所番号	1599999999
事業所名	〇〇〇〇〇〇〇〇

平成 〇〇年 〇〇月 処理分

保険者番号	159999
保険者名	〇〇市

縦覧区分	縦覧整理番号	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	後期高齢者被保険者番号	認定有効期間(開始年月日)	備考	チエック欄	申立理由コード	申立理由	承認	
		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	事業所番号	事業所名称	入所(院)年月日	退所(院)年月日	サービス又は識別番号	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
*09	07	9999999999	●●●●●●●●	21	H25.12	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇			11-4001	訪問介護初回加算	1	200				39999999	99999999		サービス提供責任者なし		1046		

確認事項：初回若しくは初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った際にサービス提供責任者が同行した場合は、1月につき所定単位数を加算する。(H12告示第19号別表1二注) 事業所台帳の「訪問介護サービス提供責任者数」が0または未設定であった場合に出力する。また、訪問介護初回加算について、過去2ヶ月間(12月サビスの場合、10月・11月)に同一事業所から訪問介護の請求があった場合及び予防訪問介護初回加算について、過去2ヶ月間(12月サビスの場合、10月・11月)に同一事業所から予防訪問介護の請求があった場合に出力する。

対 処：サービス提供責任者がいなければ、請求を取り下げて(承認欄に代表者等が押印)、翌月以降に本会からの過誤決定通知書に本件の記載があることを確認後、当該加算を算定せずに再請求を行う。サービス提供責任者がいる場合には、請求正当理由等欄にその旨を記載してください。また、併せて新潟県高齢福祉課介護事業係へ届出を行う又は届出提出済みであるならば状況を確認してください。。

縦覧区分	縦覧整理番号	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	後期高齢者被保険者番号	認定有効期間(開始年月日)	備考	チエック欄	申立理由コード	申立理由	承認	
		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	事業所番号	事業所名称	入所(院)年月日	退所(院)年月日	サービス又は識別番号	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
*15	01	9999999999	●●●●●●●●	25	H25.12	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇			43-6131	居宅支援小規模多機能型連携加算	1	300									4046		

確認事項：利用者が指定小規模多機能型居宅介護の利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を当該指定小規模多機能型居宅介護を提供する指定小規模多機能型居宅介護事業所に提供し、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合には、所定単位数を加算する。(H12告示第20号別表チ) 指定したサービス提供年月に確認対象サービスが算定され、かつ、指定されたサービス提供年月または翌月に、(予防)小規模多機能型居宅介護サービスの利用がない請求が存在した場合に出力する。

対 処：支払確定されている実績には当月または翌月に小規模多機能型居宅介護サービスの利用がないため、請求を取り下げて(承認欄に代表者等が押印)、翌月以降に本会からの過誤決定通知書に本件の記載があることを確認後、当該加算を算定せずに再請求を行う。

縦覧区分	縦覧整理番号	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	後期高齢者被保険者番号	認定有効期間(開始年月日)	備考	チエック欄	申立理由コード	申立理由	承認	
		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	事業所番号	事業所名称	入所(院)年月日	退所(院)年月日	サービス又は識別番号	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
*09	08	9999999999	●●●●●●●●	21	H25.11	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇			11	訪問介護						39999999	99999999				1046		
*09	08	9999999999	●●●●●●●●	21	H25.12	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇			11-4001	訪問介護初回加算	1	200				39999999	99999999				1046		

確認事項：指定訪問介護事業所において、新規(過去2ヶ月間に、同一事業所において(予防)訪問介護の算定がない場合)に訪問介護計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回若しくは初回訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。(H12告示第19号別表1二注) 過去2ヶ月間に、同一事業所から訪問介護の請求があり、当該月に同一居宅サービス事業所から訪問介護の請求があるにもかかわらず、翌月に訪問介護初回加算が請求されている場合に出力する。また、訪問介護初回加算について、過去2ヶ月間(12月サビスの場合、10月・11月)に同一事業所から訪問介護の請求があった場合及び予防訪問介護初回加算について、過去2ヶ月間(12月サビスの場合、10月・11月)に同一事業所から予防訪問介護の請求があった場合に出力する。

対 処：新規の利用者でない場合には、請求を取り下げて(承認欄に代表者等が押印)、翌月以降に本会からの過誤決定通知書に本件の記載があることを確認後、当該加算を算定せずに再請求を行う。

算定期間回数制限確認 兼 介護給付費過誤申立書

事業所番号	1599999999
事業所名	〇〇〇〇〇〇〇〇

平成 〇〇年 〇〇月 処理分

保険者番号	159999
保険者名	〇〇市

縦覧区分	縦覧整理番号	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	後期高齢者被保険者番号	認定有効期間(開始年月日)	備考	チェック欄	申立理由コード	申立理由	承認		
		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	事業所番号	事業所名称	入所(院)年月日	退所(院)年月日	サービス又は識別番号	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
例7	*09	06	9999999999	●●●●●●●●	21	H25.11	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇			43	居宅介護支援						39999999	99999999				4046		
	*09	06	9999999999	●●●●●●●●	21	H25.12	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇			43-4001	居宅支援初回加算	1	200				39999999	99999999				4046		

確認事項：指定介護居宅支援事業所において、①新規（過去2ヶ月間に、同一事業所において居宅介護支援の算定がない場合）に居宅サービス計画を作成する利用者に対して指定居宅介護支援を行った場合、②要介護状態区分が2区分以上変更された利用者に対して指定居宅介護支援を行った場合、③要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合は、1月につき所定単位数を加算する。（H12告示第20号別表口注）

対 処：上記の要件に該当しない場合には、請求を取り下げて（承認欄に代表者等が押印）、翌月以降に本会からの過誤決定通知書に本件の記載があることを確認後、当該加算を算定せずに再請求を行う。（本事例は①に該当する。）

縦覧区分	縦覧整理番号	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	後期高齢者被保険者番号	認定有効期間(開始年月日)	備考	チェック欄	申立理由コード	申立理由	承認		
		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	事業所番号	事業所名称	入所(院)年月日	退所(院)年月日	サービス又は識別番号	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
例8	*05	01	9999999999	●●●●●●●●	24	H25.11	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇	H25.11.5		21-1441	単ユ短期生活 I 4	26	960									2146		
	*05	01	9999999999	●●●●●●●●	24	H25.12	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇	H25.11.24	H25.12.23	21-1441	単ユ短期生活 I 4	29	960									2146		

確認事項：利用者が連続して30日を超えて指定短期入所生活介護を受けている場合においては、30日を超える日以降に受けた指定短期入所生活介護については、短期入所生活介護費は算定しない。（H12告示第19号別表8注11）

対 処：入退所（院）年月日に記載誤りがなければ、どちらか一方の請求を取り下げて（承認欄に代表者等が押印）、翌月以降に本会からの過誤決定通知書に本件の記載があることを確認後、日数/回数が合計して30日を超えない範囲で再請求をおこなう。

※ 入退所（院）年月日の記載誤り又は複数回入退所を繰り返した場合についても、本確認兼過誤申立書を発送しますので、請求正当理由等欄に「入退所（院）年月日の記載誤り」「〇日～〇日入所、〇日～入所」等その旨を記載していただき、今後の請求時には留意してください。

縦覧区分	縦覧整理番号	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	後期高齢者被保険者番号	認定有効期間(開始年月日)	備考	チェック欄	申立理由コード	申立理由	承認		
		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	事業所番号	事業所名称	入所(院)年月日	退所(院)年月日	サービス又は識別番号	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
例9	*15	02	9999999999	●●●●●●●●	21	H25.12	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇			43-6134	居宅支援複合型サービス連携加算	1	300									4046		

確認事項：利用者が指定複合型サービスの利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を当該指定複合型サービスを提供する指定複合型サービス事業所に提供し、当該指定複合型サービス事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合に、所定単位数を加算する。（H12告示第20号別表リ注）

指定したサービス提供年月に確認対象サービスが算定され、かつ、指定されたサービス提供年月または翌月に、複合型サービスの利用がない請求が存在した場合に出力する。
居宅支援複合型サービス連携加算は、複合型サービスの利用を開始し、かつ過去6ヶ月間該当加算を算定していない場合に算定が可能であるが、指定されたサービス提供年月または翌月に、複合型サービスの利用がない請求が存在する。

対 処：当月または翌月に複合型サービスの利用がない場合には、請求を取り下げて（承認欄に代表者等が押印）、翌月以降に本会からの過誤決定通知書に本件の記載があることを確認後、当該加算を算定せずに再請求を行う。
サービス利用実績がある場合、サービス事業所に請求状況を確認し、請求正当理由欄に「サービス事業所提出もれ」等その旨を記載してください。

算定期間回数制限確認 兼 介護給付費過誤申立書

事業所番号	1599999999
事業所名	〇〇〇〇〇〇〇〇

平成 〇〇年 〇〇月 処理分

保険者番号	159999
保険者名	〇〇市

縦覧区分	縦覧整理番号	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	後期高齢者被保険者番号	認定有効期間(開始年月日)	備考	チエック欄	申立理由コード	申立理由	承認		
		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	事業所番号	事業所名称	入所(院)年月日	退所(院)年月日	サービス又は識別番号	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	請求正当理由等
例10	*09	06	9999999999	●●●●●●●●	13	H25.11	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇			46		介護予防支援				39999999	99999999						4146		
	*09	06	9999999999	●●●●●●●●	13	H25.12	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇			46-4001	1	300	介護予防支援初回加算				39999999	99999999					4146		

確認事項：指定介護予防支援事業所において、新規（過去2ヶ月間に、同一事業所において介護予防支援の算定がない場合）に介護予防サービス計画を作成する利用者に対して指定介護予防支援を行った場合、1月につき所定単位数を加算する。（H18告示第129号別表口注）
 初回加算は新規に介護予防サービス計画を作成する場合に算定が可能であるが、過去2ヶ月間に同一事業所から介護予防支援の請求が存在する。
 ※新規とは、過去2ヶ月間（4月サービスの場合、2月・3月）に、同一事業所にて介護予防支援の算定がない場合を意味する。

対 処：上記の要件に該当しない場合には、請求を取り下げて（承認欄に代表者等が押印）、翌月以降に本会からの過誤決定通知書に本件の記載があることを確認後、当該加算を算定せずに再請求を行う。

縦覧区分	縦覧整理番号	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	後期高齢者被保険者番号	認定有効期間(開始年月日)	備考	チエック欄	申立理由コード	申立理由	承認		
		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	事業所番号	事業所名称	入所(院)年月日	退所(院)年月日	サービス又は識別番号	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	請求正当理由等
例11	*01	01	9999999999	●●●●●●●●	24	H25.8	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇			17-8005	1	200	床ずれ防止用具貸与特 地加算										1046		
	*01	01	9999999999	●●●●●●●●	24	H25.12	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇			17-8005	1	200	床ずれ防止用具貸与特 地加算										1046		

確認事項：「床ずれ防止用具貸与特加算」は貸与開始月につき1回算定可能なサービスである。2つのサービス提供年間で計2回の請求がされているので制限回数を超えている。

対 処：それぞれの月で同じ福祉用具を貸与していた場合には、請求を取り下げて（承認欄に代表者等が押印）、翌月以降に本会からの過誤決定通知書に本件の記載があることを確認後、当該加算を算定せずに再請求を行う。
 なお、それぞれの月で、別の福祉用具の貸与を開始し、算定している場合については、請求正当理由等欄にその旨を記載する。

縦覧区分	縦覧整理番号	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	後期高齢者被保険者番号	認定有効期間(開始年月日)	備考	チエック欄	申立理由コード	申立理由	承認			
		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	事業所番号	事業所名称	入所(院)年月日	退所(院)年月日	サービス又は識別番号	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	請求正当理由等	
例12	*17	01	9999999999	●●●●●●●●	22	H26.1	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇	H26.1.29		33		特定施設生活介護	3											3246		
	*17	01	9999999999	●●●●●●●●	22	H26.1	1599999999	〇〇〇〇〇〇〇〇	H26.1.29		33-6123	1	80	特定施設医療機関連携 加算											3246		

確認事項：医療機関連携加算は、協力医療機関または利用者の主治医に情報提供した日前30日以内において、特定施設入居者生活介護を算定した日が14日未満の場合、特定施設医療機関連携加算は算定できない。

対 処：支払確定されている実績には、当月及びサービス提供年月前30日を含む月において通常サービスの請求が14日未満である。請求を取り下げて（承認欄に代表者等が押印）翌月以降に本会からの過誤決定通知書に本件の記載があることを確認後、当該加算を算定せずに再請求を行う。