

# 各確認兼過誤申立書 事例集

## 《重複請求確認》

新潟県国民健康保険団体連合会  
介護保険課

2014.11

# 重複請求確認 兼 介護給付費過誤申立書

平成 〇〇年 〇〇月 サービス分

事業所番号 159999999

保険者番号 15999

事業所名 〇〇〇〇〇

保険者名 〇〇市

以下の受給者において、「サービスを受給できる日数を超過」「同時に算定できないサービス」「1人1事業所のみしか算定できないサービス」を提供している可能性がありますので確認のうえ該当保険者へ報告のほどお願いします。

例1	縦覧区分	縦覧整理番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	事業所番号	事業所名称	支援事業所番号	支援事業所名称	開始年月日 入所年月日	退所年月日	実日数	受給可能日数	サービス	サービス名称	単位数	日数/回数	サービス単位数	摘要欄	備考	チェック欄	申立理由コード	申立理由	承認
																						請求正当理由等		
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	157111111	△△△△△△	157111111	△△△△△△				3	31	11	訪問介護			858						
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	159999999	〇〇〇〇〇〇	157111111	△△△△△△	H25. 12. 3			29		77	複合型サービス			26,667		日割り				

**確認事項：** 「短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護療養施設サービス、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス」を受けている間、訪問介護費の同時算定は不可。  
複合型サービスが日割りの場合、受給日数（日割り計算用サービスコードの日数回数とサービス実日数の積み上げ）が受給可能日数を超えている場合、出力する。

**対 処：** ≪△△△△△△の誤りの場合≫請求正当理由欄に「他サービス事業所の請求誤り」等その旨を記載してください。  
≪〇〇〇〇〇〇の誤りの場合≫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。  
※他事業所の請求内容（本事例の場合は△△△△△△）については、管理番号欄及びチェック欄、申立理由欄、承認欄、請求正当理由欄が塗つぶされています。他事業所とどちらの誤りか話し合いの上、確認結果を記載してください。

例2	縦覧区分	縦覧整理番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	事業所番号	事業所名称	支援事業所番号	支援事業所名称	開始年月日 入所年月日	退所年月日	実日数	受給可能日数	サービス	サービス名称	単位数	日数/回数	サービス単位数	摘要欄	備考	チェック欄	申立理由コード	申立理由	承認
																						請求正当理由等		
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	157111111	△△△△△△			H24. 12. 17			12	31	33	特定施設生活介護			7,886						
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	159999999	〇〇〇〇〇〇			H25. 12. 12			20		54	地域老人福祉施設			17,159						

**確認事項：** 特定施設入居者生活介護を利用している間、居宅療養管理指導（看護職員の場合を除く。）及び福祉用具貸与（短期利用時の場合。）以外は同時算定は不可。  
受給日数（サービス実日数と入所実日数の積み上げ）が受給可能日数を超えている場合、出力する。

**対 処：** ≪△△△△△△の誤りの場合≫請求正当理由欄に「他サービス事業所の請求誤り」等その旨を記載してください。  
≪〇〇〇〇〇〇の誤りの場合≫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。  
※他事業所の請求内容（本事例の場合は△△△△△△）については、管理番号欄及びチェック欄、申立理由欄、承認欄、請求正当理由欄が塗つぶされています。他事業所とどちらの誤りか話し合いの上、確認結果を記載してください。

例3	縦覧区分	縦覧整理番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	事業所番号	事業所名称	支援事業所番号	支援事業所名称	開始年月日 入所年月日	退所年月日	実日数	受給可能日数	サービス	サービス名称	単位数	日数/回数	サービス単位数	摘要欄	備考	チェック欄	申立理由コード	申立理由	承認
																						請求正当理由等		
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	157111111	△△△△△△	157222222	◇◇◇◇◇◇	H25. 11. 30	H25. 12. 11	19	32	22	短期入所老健施設			21,859							
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	159999999	〇〇〇〇〇〇	157222222	◇◇◇◇◇◇	H25. 12. 11	H25. 12. 24	14		21	短期入所生活介護			14,651							

**確認事項：** 施設を退所し、その日のうちに別の施設へ入所した場合、どちらの施設も算定可能ではあるが「暦日数+同時算定可能日数」を超過している。  
受給日数（サービス実日数の積み上げ）が受給可能日数（暦日数+同時算定可能日数）を超過している場合、出力する。

**対 処：** ≪△△△△△△の誤りの場合≫請求正当理由欄に「他サービス事業所の請求誤り」等その旨を記載してください。  
≪〇〇〇〇〇〇の誤りの場合≫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。  
≪どちらも誤りではない場合≫請求正当理由欄に「〇日～〇日入所、〇日～入所」等その旨を記載してください。

## 重複請求確認 兼 介護給付費過誤申立書

平成 ○○年 ○○月 サービス分

事業所番号 159999999

保険者番号 159999

事業所名 ○○○○○○

保険者名 ○○市

以下の受給者において、「サービスを受給できる日数を超過」「同時に算定できないサービス」「1人1事業所のみしか算定できないサービス」を提供している可能性がありますので確認のうえ該当保険者へ報告のほどお願いします。

例4	縦覧区分	縦覧整理番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	事業所番号	事業所名称	支援事業所番号	支援事業所名称	開始年月日 入所年月日	退所年月日	実日数	受給可能日数	サービス	サービス名称	単位数	日数/回数	サービス単位数	摘要欄	備考	チエック欄	申立理由コード	申立理由	承認
																						請求正当理由等		
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	157111111	△△△△△△	157222222	◇◇◇◇◇◇	H25. 11. 28	H25. 12. 2	2	32	24	予防短期生活介護				859						
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	159999999	○○○○○○	157222222	◇◇◇◇◇◇			7		65	予防通所介護				4, 285		月包括				

**確認事項：** 月額包括報酬の日割り請求にかかる適用の対象であるが、月額包括報酬で算定している。  
**対 処：** 予防短期入所生活介護を退所した後の「予防訪問介護、予防通所介護、予防通所リハビリテーション」のサービス開始起算日は、退所日の翌日となる。（サービス終了起算日は、入所日の前日。）  
 本請求を取り下げて（承認欄に代表者等の押印）、日割り請求内容に訂正し再請求をおこなう。

例5	縦覧区分	縦覧整理番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	事業所番号	事業所名称	支援事業所番号	支援事業所名称	開始年月日 入所年月日	退所年月日	実日数	受給可能日数	サービス	サービス名称	単位数	日数/回数	サービス単位数	摘要欄	備考	チエック欄	申立理由コード	申立理由	承認
																						請求正当理由等		
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	157111111	△△△△△△	157222222	◇◇◇◇◇◇	H25. 12. 13	H25. 12. 16	4	34	21	短期入所生活介護				4, 531						
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	157333333	◎◎◎◎◎◎	157222222	◇◇◇◇◇◇			17		11	訪問介護				7, 661						
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	159999999	○○○○○○	157222222	◇◇◇◇◇◇	H25. 11. 29	H25. 12. 2	15		21	短期入所生活介護				16, 737						

**確認事項：** 短期入所生活介護を2事業所及び訪問介護を利用しているが、双方の入所期間が不明であり請求情報の入所年月日及び退所年月日から判断した「暦日数+同時算定可能日数」を超過している。  
 受給日数（サービス実日数の積み上げ）が受給可能日数（暦日数+同時算定可能日数）を超えている場合、出力する。  
**対 処：** ≪△△△△△△又は◎◎◎◎◎◎の誤りの場合≫請求正当理由欄に「他サービス事業所の請求誤り」等その旨を記載してください。  
 ≪○○○○○○の誤りの場合≫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。  
 ≪すべて誤りではない場合≫請求正当理由欄に「○事業所○日～○日入所、△事業所○日～○日入所、○事業所○日～入所」等その旨を記載してください。  
 ※複数回及び複数事業所で入退所がある場合は、正当な請求であっても請求情報からは判断できません。入所期間の確認のため本確認兼過誤申立書が送付されますので、入所期間の記載をお願いします。

例6	縦覧区分	縦覧整理番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	事業所番号	事業所名称	支援事業所番号	支援事業所名称	開始年月日 入所年月日	退所年月日	実日数	受給可能日数	サービス	サービス名称	単位数	日数/回数	サービス単位数	摘要欄	備考	チエック欄	申立理由コード	申立理由	承認
																						請求正当理由等		
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	155555555	□□□□□□			H25. 10. 4		30	31	52	介護保険施設				29, 658						
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	159999999	○○○○○○	157222222	◇◇◇◇◇◇	H25. 12. 18	H25. 12. 20	3		21	短期入所生活介護				2, 601						

**確認事項：** 介護保険施設に入所し退所年月日の記載がないこと及び短期入所の入所があるため「暦日数+同時算定可能日数」を超過している可能性がある。  
**対 処：** 記載要領では「同一月内に同一の施設の入退所を繰り返した場合、月末日に入所中であれば記載を省略する。月末日に入所中でなければ、当該の最後に退所した年月日を記載すること。」となっているため、請求情報から入所期間の把握ができない。  
 同月に施設又は短期入所の入退所があり歴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。  
 ※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してください。

## 重複請求確認 兼 介護給付費過誤申立書

平成 ○○年 ○○月 サービス分

事業所番号 159999999

保険者番号 159999

事業所名 ○○○○○○

保険者名 ○○市

以下の受給者において、「サービスを受給できる日数を超過」「同時に算定できないサービス」「1人1事業所のみしか算定できないサービス」を提供している可能性がありますので確認のうえ該当保険者へ報告のほどお願いします。

例7	縦覧区分	縦覧整理番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	事業所番号	事業所名称	支援事業所番号	支援事業所名称	開始年月日 入所年月日	退所年月日	実日数	受給可能日数	サービス	サービス名称	単位数	日数/回数	サービス単位数	摘要欄	備考	チエック欄	申立理由コード	申立理由	承認
																						請求正当理由等		
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	157111111	△△△△△△	157222222	◇◇◇◇◇◇	H25. 11. 25	H25. 12. 1	1	32	21	短期入所生活介護			960							
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	157222222	◇◇◇◇◇◇	157222222	◇◇◇◇◇◇					43	居宅介護支援			1,750							
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	159999999	○○○○○○	157222222	◇◇◇◇◇◇	H25. 12. 1		31		77	複合型サービス			30,996		月包括					

**確認事項：** 居宅の報酬が小規模多機能、複合型サービスで月包括報酬の場合、他サービスとの関連性の確認をおこなう。  
「訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導（看護職員を除く）、福祉用具貸与」以外のサービスを受けている間、複合型サービス費の同時算定は不可。

**対 処：** 「暦日数+同時算定可能日数（+1日）」を超過していなければ、請求正当理由正当欄に「○日午後より複合型サービス」等その旨を記載してください。  
超過している場合は、他事業所とどちらの誤りか話し合いの上、確認結果を記載してください。

例8	縦覧区分	縦覧整理番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	事業所番号	事業所名称	支援事業所番号	支援事業所名称	開始年月日 入所年月日	退所年月日	実日数	受給可能日数	サービス	サービス名称	単位数	日数/回数	サービス単位数	摘要欄	備考	チエック欄	申立理由コード	申立理由	承認
																						請求正当理由等		
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	155555555	□□□□□□			H24. 12. 11		31	31	51	介護福祉施設			28,153							
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	159999999	○○○○○○					1		31	居宅療養管理指導			500							

**確認事項：** 介護保険施設から退所した経歴がない（退所年月日：空欄にて請求）が、居宅療養管理指導の算定。  
受給日数（サービス実日数の積み上げ）が受給可能日数を超過している場合、出力する。

**対 処：** <□□□□□□の誤りの場合>請求正当理由欄に「□事業所の退所年月日の記載漏れ」等その旨を記載してください。  
<○○○○○○の誤りの場合>本請求を取り下げる。（承認欄に代表者等の押印。）

例9	縦覧区分	縦覧整理番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	事業所番号	事業所名称	支援事業所番号	支援事業所名称	開始年月日 入所年月日	退所年月日	実日数	受給可能日数	サービス	サービス名称	単位数	日数/回数	サービス単位数	摘要欄	備考	チエック欄	申立理由コード	申立理由	承認
																						請求正当理由等		
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	155555555	□□□□□□			H24. 12. 17		12	31	33	特定施設生活介護			7,886							
*01	02	111111111	●● ●●	H25. 12	159999999	○○○○○○			H25. 12. 12		20		54	地域老人福祉施設			17,159							

**確認事項：** 介護保険施設から退所した経歴がない（退所年月日：空欄にて請求）が、双方からの請求。  
受給日数（サービス実日数の積み上げ）が受給可能日数を超過している場合、出力する。

**対 処：** <□□□□□□の誤りの場合>請求正当理由欄に「□事業所の退所○年○月○日の記載漏れ」「○日～○日入所、○日～入所」等その旨を記載してください。  
<○○○○○○の誤りの場合>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。  
<どちらも誤りではない場合>請求正当理由欄に「□事業所の退所○年○月○日の記載漏れ」「○日～○日入所、○日～入所」等その旨を記載してください。

## 重複請求確認 兼 介護給付費過誤申立書

平成 ○○年 ○○月 サービス分

事業所番号 159999999

保険者番号 15999

事業所名 ○○○○○

保険者名 ○○市

以下の受給者において、「サービスを受給できる日数を超過」「同時に算定できないサービス」「1人1事業所のみしか算定できないサービス」を提供している可能性がありますので確認のうえ該当保険者へ報告のほどお願いします。

例10	縦覧区分	縦覧整理番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	事業所番号	事業所名称	支援事業所番号	支援事業所名称	開始年月日 入所年月日	退所年月日	実日数	受給可能日数	サービス	サービス名称	単位数	日数/ 回数	サービス単位数	摘要欄	備考	チエック欄	申立理由コード	申立理由	承認
																						請求正当理由等		
*02	01	111111111	●● ●●	H25.12	154444444	□□□□□								31-1223	薬剤師居宅療養Ⅱ 1	500	2	1,000	3.28					
*02	01	111111111	●● ●●	H25.12	154000000	○○○○○								31-1225	薬剤師居宅療養Ⅱ 3	350	2	700	10.24					

**確認事項：** 居宅療養管理指導が、算定回数の限度を超過している場合や複数事業所から請求されている場合。  
(医師の場合は、他に居宅療養管理指導ⅠとⅡが混在する場合。)

**対 処：** 【複数事業所の請求】  
医師・歯科医師の場合：原則主治医からの請求。他事業所とどちらの誤りか話し合いの上、確認結果（過誤申立又は正当理由記載）を報告してください。  
その他の場合：合計回数によらず確認のため送付。

【算定回数の超過】  
医師・歯科医師の場合：複数事業所の請求による回数超過の場合に送付。他事業所とどちらの誤りか話し合いの上、確認結果（過誤申立又は正当理由記載）を報告してください。  
その他の場合：1月の限度回数を超過している場合、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。

例11	縦覧区分	縦覧整理番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	事業所番号	事業所名称	支援事業所番号	支援事業所名称	開始年月日 入所年月日	退所年月日	実日数	受給可能日数	サービス	サービス名称	単位数	日数/ 回数	サービス単位数	摘要欄	備考	チエック欄	申立理由コード	申立理由	承認
																						請求正当理由等		
*01	02	111111111	●● ●●	H25.12	159111111	□□□□□				H25.12.15		17	32	32	認知症型共同生活			15,932						
*01	02	111111111	●● ●●	H25.12	159333333	○○○○○	159333333	○○○○○		H25.4.1		11		73	小規模多機能型			18,313		月包括				

**確認事項：** 月途中より「短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、複合型サービス」を受けているが、小規模多機能型居宅介護費の月額包括報酬にて算定。

**対 処：** 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。  
※□□□□□事業所においては、請求正当理由欄に「○○○○○事業所の誤り」等その旨を記載してください。

例12	縦覧区分	縦覧整理番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	事業所番号	事業所名称	支援事業所番号	支援事業所名称	開始年月日 入所年月日	退所年月日	実日数	受給可能日数	サービス	サービス名称	単位数	日数/ 回数	サービス単位数	摘要欄	備考	チエック欄	申立理由コード	申立理由	承認
																						請求正当理由等		
*01	02	111111111	●● ●●	H25.12	159111111	□□□□□				H25.12.5		27	32	53	介護医療施設			33,771						
*01	02	111111111	●● ●●	H25.12	157333333	○○○○○	157333333	○○○○○				13		17	福祉用具貸与			1,250						

**確認事項：** 記載要領には「福祉用具貸与又は予防福祉用具貸与については、現に行った日数を記載すること」となっているが、福祉用具貸与と他サービスとの実日数が暦日数を超過している。  
※記載については、平成26年8月28日付新国保連発第57号にて周知。

**対 処：** ひと月を通じ施設サービス等を利用している場合は、本請求を取り下げる（承認欄に代表者等の押印）。  
ひと月を通じ施設サービス等を利用していない場合は、請求正当理由欄に「実日数の記載誤り」等その旨を記載してください。  
※□□□□□事業所においては、請求正当理由欄に「○○○○○事業所の記載誤り」等その旨を記載してください。