

1. 介護給付費医療突合審査確認表の例

介護給付費医療突合審査確認表（請求事業所）

事業所番号	
返送日	
事業所担当者氏名	
連絡先電話番号	

平成〇年〇月 医療突合審査分

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医療突合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○を付けて上記返送日までにご返送ください。

対応番号	確認対象情報（介護給付）						関連情報（医療給付）					
	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	実日数 単位数	医療給付情報突合リスト出力事由	医療 制度	診療 年月	医療機関 コード	電話番号	給付内容	診療日数 保険点数
				(確認調整結果記入欄)								
				(確認調整結果記入欄)								
				(確認調整結果記入欄)								
				(確認調整結果記入欄)								

4. 介護給付費医療突合審査確認表の対応について

次ページ以降に医療突合点検出力事由ごとの対応について掲載しています。

介護給付費医療突合審査確認表（請求事業所）

事業所番号	901000001	事業所 〇 1
返送日	平成 27年 9月 10日	
事業所担当者氏名	事業所 太郎	
連絡先電話番号	99-9999-9999	

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

下記は貴事業所の介護請求明細書について医療突合審査処理を行った結果、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○を付けて上記返送日までにご返送ください。

対応番号	確認対象情報（介護給付）						関連情報（医療給付）					
	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	実日数 単位数	医療給付情報突合リスト出力事由	医療制度	診療年月	医療機関コード	電話番号	給付内容	診療日数 保険点数
1	900010 〇〇市	000000001 ヒナツヅキ1	H27.4	13 訪問看護	8 2,528	医療保険の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。	国保	H27.4	900000001 〇〇病院	999999999	医科 入院	30 15,000
	上記医療突合審査内容について、貴事業所での確認調整結果を右に記入してください。 確認の観点 医療機関に入院中の患者に、介護保険サービスを提供していないか。						(確認調整結果記入欄) 請求誤りのため過誤	過誤 <input checked="" type="radio"/> する <input type="radio"/> しない				

突合区分01
「医療給付情報突合リスト出力事由」欄
医療保険の入院と、介護保険サービスが重複請求されています

居宅介護支援
介護予防支援以外の
サービスの場合

(確認調整結果記入欄)	・「サービス提供日/入所日確認表」を提出 この欄への記入は不要です ・サービス提供日・入所日等を記載	過誤 <input checked="" type="radio"/> する <input type="radio"/> しない
-------------	--	--

12ページの「サービス提供日/入所日確認表」に記載して返送する場合、確認調整結果記入欄には記載不要である。

居宅介護支援
介護予防支援の
サービスの場合

(確認調整結果記入欄)	サービス提供を行った事業所 9070000002 事業所 〇 2 10日 9070000003 事業所 〇 3 30日	過誤 <input checked="" type="radio"/> する <input type="radio"/> しない
-------------	---	--

サービス提供を行った事業所の
事業所番号・事業所名・サービス提供日数を
記入して下さい。

医療給付情報突合リスト(国民健康保険分)(請求事業所)
平成27年 8月 突合分

事業所番号	901000001	事業所状態
事業所名	事業所 〇 1	

突合区分(以下の事由により、確認が必要な情報を出力しています)
 01: 医療保険の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。
 02: 在宅介護支援給付管理料(医療)と(介護)居宅介護支援管理料(1)(介護)が重複請求されています。
 03: 要介護(要支援)認定者には対象外の医療給付(「給付点検」欄に示す報酬)です。
 04: 訪問看護療養費(医療)と訪問看護サービス費(介護)が重複請求されています。
 05: 在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療)と介護老人福祉施設(介護)が重複請求されています。
 07: 入所・入院中以外の要介護(要支援)認定者について、訪問薬剤管理指導料(医療)が請求されている可能性があります。

介護情報							医療情報										突合区分						
証記載保険者番号	被保険者番号	生年月日	認定有効期間 開始年月日	認定有効期間 終了年月日	性別	事業所番号	事業所名	サービス コード	入所(入居・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	資格 種別 エラー	診療実日数 決定点数 (金額)	請求番号 (番号)	レセプト 全国共通キー (管理番号)
証記載保険者名	被保険者名(カナ)	要介護度				991000001	事業所住所	サービス名	退所(退院・中止) 年月日	保険単位数	*****	*****	*****	2015/04	900000001	〇〇病院		2015/1/20	無し	30	*****	*****	01
〇〇市	ヒナツヅキ1	要介護度 1	2015/12/31		女	99-9999-9999	〇〇県××市△△町	訪問看護		2528	*****	*****	*****	2015/04	999999999	〇〇県 〇〇市	入院			100000	*****	*****	01

○出力事由・医療保険の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。

○対象サービス

介護情報	医療情報	
	国保（４０歳～７４歳）	後期高齢（７５歳以上）
すべてのサービス種類 (市町村特別給付、福祉用具販売、住宅改修を除く) (介護予防・日常生活支援総合事業、 介護予防・日常生活支援総合事業（経過措置）を除く)	入院中	入院中

○報酬算定上の制限

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入院又は入所する者を含み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者				3. 入所中の患者			
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関
基本 入院料等	—			○	x	○ (A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。)	○ (A227精神科措置入院診療加算に限る。)	○ (A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。)	—	—	—

※1 社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入院又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発第0331002号)に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。

○原因・・・請求された日数の合計が、当該月の「暦日数+2」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。

(例) 診療年月が平成27年4月の場合、暦日数+2=32日。

(介護給付の実日数：8日) + (医療給付の診療日数が23日) = 31日・・・リストに出力されません。

(介護給付の実日数：8日) + (医療給付の診療日数が30日) = 38日・・・リストに出力されます。

○対応・・・①「確認対象情報」の「サービス」欄が居宅介護支援、介護予防支援以外のサービスの場合

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」に記入して下さい。(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下さい。

確認した結果、自分の事業所の請求誤りでない場合は、医療機関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下さい。(国保連にて医療機関の請求内容を確認した結果、過誤になる場合があります。)

②「確認対象情報」の「サービス」欄が居宅介護支援、介護予防支援の場合

該当の利用者のサービス事業所のサービス提供状況、施設入所状況を確認して下さい。

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下さい。

確認した結果、自分の事業所の請求誤りでない場合は、医療機関や他の事業所の請求との確認が必要になりますので、「確認調整結果記入欄」に「サービス提供を行ったサービス事業所の事業所番号、事業所名、サービス提供日数を記入し、「過誤しない」に○をつけて国保連へ返送して下さい。(国保連にて医療機関や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。)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">■ 「サービス提供日/入所日確認表」は12ページをコピーしてご利用下さい。■ 「サービス提供日/入所日確認表」の記入例は13～17ページを参照して下さい。 |
|--|

介護給付費医療突合審査確認表（請求事業所）

事業所番号	901000002	事業所 〇 2
返送日	平成 27年 9月 10日	
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 27年 8月 医療突合審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

突合区分02

「医療給付情報突合リスト出力事由」欄
在宅時医学総合管理料(医療)と(予防)居宅療養
管理指導費(Ⅰ)(介護)が重複請求されています

下記は貴事業所の介護請求明細書について医療突合審査処理を行った結果、請求内容を確認の上、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○を付けて上記返送日までにご返送ください。

対応番号	確認対象情報（介護給付）						関連情報（医療給付）					
	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 コード	実日数 単位数	医療給付情報突合リスト出力事由	医療 制度	診療 年月	医療機関 コード	電話番号	給付内容	診療日数 保険点数
1	900010 〇〇市	000000002 ヒナソウ2	H27.4	31 1111	1 503	在宅時医学総合管理料（医療）と（予防）居宅療養管理指導費（Ⅰ）（介護）が重複請求されています。	国保	H27.4	900000002 〇〇病院	999999999	医科 在宅時医学総合管理料 算定	30 15,000
	上記医療突合審査内容について、貴事業所での確認調整結果を右に記入してください。											
確認の観点	居宅療養管理指導費（Ⅰ）（介護）ではなく、居宅療養管理指導費（Ⅱ）（介護）を請求すべきではないか。						（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					

（確認調整結果記入欄） 算定可能理由	過誤
	する
	しない

算定可能理由を記入して下さい。

医療給付情報突合リスト(国民健康保険分)(請求事業所)
平成27年 8月 突合分

事業所番号	991000002	事業所状態
事業所名	事業所 〇 2	

突合区分(以下の事由により、確認が必要な情報を出力しています)
01: 高専病院の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。
02: 在宅時医学総合管理料(医療)と(予防)居宅療養管理指導費(Ⅰ)(介護)が重複請求されています。
03: 要介護(要支援)認定者には対象外の医療給付(「給付点検」欄に赤字欄)です。
04: 訪問看護事業者(医療)と訪問看護サービス費(介護)が重複請求されています。
05: 在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療)と介護老人福祉施設(介護)が重複請求されています。
07: 入院・入院中以外の要介護(要支援)認定者について、訪問薬剤管理指導料(医療)が請求されている可能性があります。

対応番号	介護情報										医療情報										突合区分							
	証記載保険者番号	被保険者番号	生年月日	認定有効期間 開始年月日	認定有効期間 終了年月日	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	事業所番号	事業所名	サービス コード	退所(退院・中止) 年月日	保険単位数	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 名称	給付点検	入院年月日	資格 種別 エラー	診療日数 (金額)	請求番号 (世帯)	レセプト 全国共通キー (管理番号)
1	990001	000000002	1941/2/26	2015/01/01		女	991000002	事業所 〇 2	311111		1	99-9999-9999	〇〇県××市△△町	療養(Ⅰ)		503	***** *****	*****	2015/04	900000002	〇〇病院	在医師管		無し	10	*****	*****	02
	〇〇市	ヒナソウ2	要介護度 3	2015/12/31																999999999	〇〇県 〇〇市	その他		10000	*****	*****		

○出力事由・・・在宅時医学総合管理料（医療）と（予防）居宅療養管理指導費（Ⅰ）（介護）が重複請求されています。

○対象サービス

介護情報	医療情報	
	国保（４０歳～７４歳）	後期高齢（７５歳以上）
居宅療養管理指導費（Ⅰ）、介護予防居宅療養管理指導費（Ⅰ） （医師が行う場合）	在宅時医学総合管理料 （特定施設入居時等医学総合管理料を含む）	在宅時医学総合管理料 （特定施設入居時等医学総合管理料を含む）

○報酬算定上の制限

H 1 2 告示第 1 9 号別表 5 注 2

イ 医師が行う場合

- (1) 居宅療養管理指導費（Ⅰ）
- (2) 居宅療養管理指導費（Ⅱ）

(1)については(2)を算定する場合以外の場合に、(2)については診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科診療報酬点数表」という。)の在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定する利用者に対して、医師が、当該利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合に、所定単位数を算定する。

H 1 8 告示第 1 2 7 号別表 5 注 2

イ 医師が行う場合

- (1) 介護予防居宅療養管理指導費（Ⅰ）
- (2) 介護予防居宅療養管理指導費（Ⅱ）

(1)については(2)を算定する場合以外の場合に、(2)については診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科診療報酬点数表」という。)の在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定する利用者に対して、医師が、当該利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員等に対する介護予防サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合に、所定単位数を算定する。

- 原因・ ・ (予防)居宅療養管理指導費(Ⅰ)(介護)と在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料(医療)が重複請求されている場合に、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(医療給付)」欄には在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定している医療機関が表示されます。)
- 対応・ ・ ①在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料(医療)を算定する利用者に対しては、(予防)居宅療養管理指導費(Ⅰ)ではなく(予防)居宅療養管理指導費(Ⅱ)の算定が必要です。(予防)居宅療養管理指導費(Ⅰ)を算定しているが、確認した結果、正当な理由がある場合は、「確認調整結果記入欄」に、理由を記入し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。
②確認した結果、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下さい。

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
	国保・後期			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					

< 「サービス提供日／入所日確認表」 の記入例 >

サービス		記入例
11	訪問介護	居宅
12	訪問入浴介護	居宅
13	訪問看護	居宅
14	訪問リハビリ	居宅
15	通所介護	居宅
16	通所リハビリ	居宅
17	福祉用具貸与	福祉用具
21	短期入所生活介護	短期入所
22	短期入所老健施設	短期入所
23	短期入所医療施設	短期入所
24	予防短期生活介護	短期入所
25	予防短期老健施設	短期入所
26	予防短期医療施設	短期入所
27	特定施設生活短期	短期入所
28	地域特定施設短期	短期入所
31	居宅療養管理指導	居宅
32	認知症型共同生活	施設
33	特定施設生活介護	施設
34	予防療養管理指導	居宅
35	予防特定施設介護	施設
36	地域特定施設介護	施設
37	予防認知症型	施設
38	認知症型短期	短期入所
39	予防認知症型短期	短期入所

サービス		記入例
43	居宅介護支援	提出不要
46	介護予防支援	提出不要
51	介護福祉施設	施設
52	介護保健施設	施設
53	介護医療施設	施設
54	地域老人福祉施設	施設
61	予防訪問介護	居宅
62	予防訪問入浴介護	居宅
63	予防訪問看護	居宅
64	予防訪問リハビリ	居宅
65	予防通所介護	居宅
66	予防通所リハビリ	居宅
67	予防福祉用具貸与	福祉用具
68	小規模多機能短期	居宅
69	予防小規模短期	居宅
71	夜間対応訪問介護	居宅
72	認知症型通所介護	居宅
73	小規模多機能型	居宅
74	予防認知症型通所	居宅
75	予防小規模多機能	居宅
76	定期巡回随時対応	居宅
77	複合型看護小規模	居宅
79	複合型看小短期	居宅

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」欄の内容を記入して下さい

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」
(居宅サービスの記入例)

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	国保・後期	900010 〇〇市	0000000001 ヒホケンシャ1	H27年4月	14 訪問リハビリ

	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	8 日	外泊日数	日
入所実日数			

サービスを提供した時間帯に○をつけて下さい

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」欄の内容を記入して下さい

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」
（福祉用具貸与サービスの記入例）

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	国保・後期	900010 〇〇市	0000000001 ヒホケンシャ1	H27年4月	17 福祉用具貸与

	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	22 日	サービス実日数（＝実際に福祉用具を貸与した日数）を記入して下さい
入所実日数		

福祉用具を貸与した時間帯に○をつけて下さい

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」欄の内容を記入して下さい

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	国保・後期	900010 〇〇市	0000000001 ヒホケンシャ1	H27年4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		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○をつけて下さい。
入所日には「入」、退所日には「退」と記入して下さい

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」欄の内容を記入して下さい

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	国保・後期	900010 〇〇市	0000000001 ヒホケンシャ1	H27年4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○をつけて下さい。
入所日には「入」、退所日には「退」、外泊日には「外」と記入して下さい