

## 【記入例】

介護給付費総覧確認参考表兼居宅介護支援費初回・退院退所加算確認届  
(令和〇年〇月総覧審査分)

支援事業所番号		支援事業所名				※必ずご記入ください。	
支援事業所 担当者名		連絡先 (電話番号)					

令和〇年〇月〇日

三重県国民健康保険団体連合会

TEL 059-213-6500

下記加算の算定につき介護報酬算定要件を確認のうえ「加算の確認届欄」、「担当者名」及び「連絡先」を記入し、  
令和〇年〇月〇日(〇)までに本会へ返送してください。また、請求に訂正等があり介護給付費明細書を取り下げる必要が生じる場合は、右欄外の余白スペースに  
その旨記入してください。請求の過誤調整は本会が行うため、保険者への過誤申立は必要ありません。

居宅介護支援(予防)介護給付費明細情報						加算の確認届欄					カンファレンス有無(下記※3参照)	過誤する(下記※4参照)			
証記載 保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス 提供月	サービス 種類	サービス名称(回数)	該当する作成 区分 (下記※1参 照)	退院(所)前 区分 (下記※2参 照)	退院(所)した病院又は 施設の名称	入院(所) 日	退院(所)日					
333333	0987654321	コクホ ジロウ	R7/04	4*-****	oooooooooo								○		
999999	1234567890	カイゴ タロウ	R7/03	4*	oooooooooo										
999999	1234567890	カイゴ タロウ	R7/04	4*-****	oooooooooo								○		
999999	1234567890	カイゴ ハナ	R7/03	4*-****	oooooooooo								○		
999999	1234567890	カイゴ ハナ	R7/04	43	○○初期加算								○		
初期加算の算定月に誤りがある場合は、 本来算定する月分と誤って算定した月分 を過誤し、再度正しくご請求ください。						下記「※1」及び「※2」より番号を選択し、 記入してください。該当番号がない場合 は空欄にし、その旨をお知らせください。					「退院退所加算」算定の場合は、カン ファレンスの日時を、余白スペースにご 記入ください。 また、カンファレンス必要がない場合は、 「無」とご記入ください。			既に過誤処理が終 わっている場合は「過 誤済」とご記載ください。	