

介護給付費縦覧確認表参考兼訪問リハ及び通所リハ実施加算確認届

(平成〇〇年〇月縦覧審査分)

指定事業所番号	9900000003	事業所名	総合病院 ○△□病院
事業所担当者名		連絡先 (電話番号)	

担当者名・連絡先(電話番号)を必ず記入してください

平成〇〇年〇月〇日

高知県国民健康保険団体連合会

当該加算は、認定日及び病院・施設等を退所(院)した日からの期間により算定可否が決定します。下記の情報について、市町村の認定日を記入して下さい。施設・医療機関の退所(院)があった場合は、退院(所)情報も記述して下さい。なお、提出して記入していただいた内容について、本会から問合せすることがありますので、上記の「事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」も記入して下さい。

この確認届は、平成〇〇年〇月〇日(〇)までに返送して下さい。

確認対象情報							確認内容				過誤する (下記※ 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	種別	サービス名称	算定可能期間	市町村が認定した日	病院・施設等の退院(所)情報			
								入院(所)先名称	入院(所)日	退院(所)日	
990001	9000000001	カイクイロウ	H26/05	短期	訪問リハ短期集中加算2	1~3ヶ月の間					
990001	9000000002	カイクシロウ	H26/04	短期	訪問リハ短期集中加算1	1ヶ月以内					
990001	9000000003	カイクサブロウ	H26/05	短期	訪問リハ短期集中加算2	1~3ヶ月の間					
990001	9000000004	カイクシロウ	H26/05	短期	訪問リハ短期集中加算1	1ヶ月以内					
990001	9000000005	カイクコロウ	H26/04	短期	訪問リハ短期集中加算1	1ヶ月以内					

**過誤を行う場合は〇を記入してください。
基本的に翌月の処理となります。介護保
険者へ過誤申し出は不要です。**

※ 過誤をする場合は〇を記入してください。