国保連合会 → 事業所（地域包括支援を含む） → 国保連合会

# 介護給付費縦覧確認参考兼退所時加算確認届

（平成〇〇年 〇月縦覧審査分）

| 事業所番号 | 9900000001 | 事業所名 | 〇〇病院 |
|---|---|---|---|
| 事業所担当者名 | | 連絡先（電話番号） | |

担当者名・連絡先を（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

退所時加算が算定されているが、算定要件を確認のうえ「退所時加算の確認届欄」「支援事業所担当者名」及び「連絡先（電話番号）」項目に記入し、平成〇〇年〇月〇日（〇）までに本会へ返送して下さい。

| 居宅介護支援（予防）介護給付費明細情報 | | | | | | | | 退所時加算の確認届欄 | | | 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 | サービス種類 | サービス名称 | 介護保険施設入所（院）年月日 | 介護保険施設退所（院）年月日 | 医療保険適用病床から介護保険適用病床へ転床した場合は、「入院（所）先医療機関名称」、「入院（所）日」、「退院（所）日」欄に記入して下さい。 | | | |
| | | | | | | | | 入院（所）先名称 | 入院（所）日 | 退院（所）日 | |
| 990001 | 9000000001 | ｶｲｺﾞ ｲﾁﾛｳ | H26/02 | 53-2854 | 療養型退院時情報提供加 | H26/02/08 | H26/02/27 | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

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

※ 過誤を行う場合には〇を記入して下さい。