

## 介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届（平成〇〇年〇月縦覧審査分）

下記の被保険者において、サービス事業所におけるサービス提供日や入所日等の情報を記入してください。なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」も記入してください。  
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。

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

事業所番号	9900000001	事業所名	介護老人保健施設〇△□
事業所担当者名		連絡先(電話番号)	

保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事業所番号	事業所名	サービス種類	サービス実日数
990001	9000000001	カゴ 仔吋	平成26年 5月	9900000001	介護老人保健施設〇△□	短期入所療養介護(介護老人保健施設)	11日

	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	
午前											
午後											
	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	
午前											
午後											
	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日
午前											
午後											

サービスを行った日の時間帯に〇をつけてください。

サービスを行っていない日は何も記入しないでください。

※短期入所の場合は、入所日には「入」、退所日には「退」と記入してください。また、30日を越えるため自費算定とした日は「自費」と記入してください。

サービス実日数	日
---------	---