

# 帳票の見方と回答記入例

## 【帳 票 名】 照会事項

この帳票は、保険者からの委託をうけ、本会にて介護給付費明細書の給付実績等の点検を行った際に、事業所への確認が生じた事例に対して、送付しています。  
この帳票により請求内容を確認していただき、事業所にて算定の可否を判断していただけます。

- 算定が不可であると事業所側で判断した場合、「1. 過誤をします。」に○印をして回答してください。回答月の翌月に同月過誤処理を本会にて行いますので、保険者への過誤申立は必要ありません。
- 算定が可能であると判断した場合、「2. 過誤をしません。」に○印をし、回答欄に算定可能となる理由を記載して回答してください。

## 【照 会 内 容 例】

- 医療保険での入院と介護保険でのサービスが重なっている場合
- 介護保険のサービス間で重なっている場合
- 算定要件上、算定不可の請求をしている可能性がある場合 など

# 照 会 事 項

次の事項について、ご回答をお願いします。

保険者番号	460000	事業所番号	467*****
被保険者番号	0000000000	サービス提供月	平成27年4月分
被保険者名	コナ カコ		
照会内容	医療での入院があるようですが、介護保険の請求と重複している可能性があります。医療での入院日数を確認の上、福祉用具貸与の算定について ご確認ください。		
し回答	<b>(記入例) 医療で3月29日入院、4月18日退院のため、4月分は介護保険で福祉用具貸与サービスを13日利用。1月請求→半月請求のため、過誤調整します。</b>  以上により <input checked="" type="radio"/> 1. 過誤をします。 <input type="radio"/> 2. 過誤をしません。  (どちらかに○をお願いします。) 1. 過誤をします場合、回答期日の翌月に過誤(取下げ)処理を行います。		

照会したい受給者の情報を掲載。サービス提供月も重要です。

照会したい内容を掲載。事例によって照会内容は異なるため、必ず確認してください。

照会内容に対する回答を必ず記載してください。  
また、下の  
1. 過誤をします  
2. 過誤をしません  
のどちらかに○印を付けてください。

上記のとおり回答します。  
平成 年 月 日

事務所名 \_\_\_\_\_  
施設長又は管理者名 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_  
連絡先(電話番号) \_\_\_\_\_

回答内容によって、再度お電話でお問い合わせをする可能性があります。連絡先を含め、記入してください。

(※) 保険者への過誤申立は必要ありませんのでご注意ください。

**ご回答は、平成〇年〇月〇日までをお願いします。**

締切日を記載しています。締切日までに御回答ください。