

ご留意！ 老健の国保連請求について

2008.5.16 (株)フォーエヴァー

- (1) 老健のサービスは、国保連に送信するCSVの交換識別番号が、5月サービス分から変更されています。

↓

老健では、5月サービス分から、必ず、Ver741でCSVを作成して下さい

- 2 2:短期入所療養介護(老健)
- 2 5:介護予防短期入所療養介護(老健)
- 5 2:介護老人保健施設(の入所)

- (2) 国保連向け請求書(帳票)が変更されています。

- 介護給付費請求書 (様式第一) ..中国残留邦人等公費の欄ができました
- 居宅サービス介護給付費明細書 ..(様式第四:老健の短期入所療養介護)
- 介護予防サービス介護給付費明細書 ..(様式第四(二):老健の介護予防短期入所療養介護)
- 施設サービス等介護給付費明細書 ..(様式第九:老健の入所)

国保連向け請求書(帳票)

□介護給付費請求書(様式第一)・・・中国残留邦人等公費の欄ができました

平成	2	0	年	4	月分	介護給付費請求書	様式第一
----	---	---	---	---	----	-----------------	-------------

保 険 者 (別 記) 殿 下記のとおり請求します。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">事業所番号</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">請求事業所</td> <td style="text-align: center;">名 称</td> <td colspan="11">フォーエヴァー居宅</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">所在地</td> <td colspan="11">〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">連絡先</td> <td colspan="11">06-1121-1110</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">平成 20 年 5 月 9 日</p>	事業所番号	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	請求事業所	名 称	フォーエヴァー居宅											所在地	〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田											連絡先	06-1121-1110										
事業所番号	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1																																							
請求事業所	名 称	フォーエヴァー居宅																																																				
	所在地	〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田																																																				
	連絡先	06-1121-1110																																																				

区 分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数・点数	費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	5	38325	383250	344925	6315	32010	0	0	0	0	0
居宅介護支援・ 介護予防支援	2	2300	23000	23000	/	/	/	/	/	/	/
合 計	7	40625	406250	367925	6315	32010	0	0	0	0	0

区 分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件数	単位数・点数	費用合計	公費請求額	件数	費用合計	公費請求額
生 保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	1	1107	11070	1107	0	0	0
生 保 居宅介護支援・ 介護予防支援	/	/	/	/	/	/	/
10 感染症 37条の2	/	/	/	/	/	/	/
21 障白・通院医療	/	/	/	/	/	/	/
15 障白・更生医療	/	/	/	/	/	/	/
19 原簿・一般	/	/	/	/	/	/	/
51 特定疾患等 治療研究	/	/	/	/	/	/	/
57 障害者・支援措置(結 核措置)	/	/	/	/	/	/	/
81 被爆者助成	/	/	/	/	/	/	/
86 被爆体験者	/	/	/	/	/	/	/
87 有機に素・緊急措置	/	/	/	/	/	/	/
88 水保病総合対策 メタル水銀	/	/	/	/	/	/	/
66 石綿・救済措置	/	/	/	/	/	/	/
58 障害者・支援措置(全 部免除)	/	/	/	/	/	/	/
25 中国残留邦人等	1	5208	52080	5208	0	0	0
合 計	/	/	/	6315	/	/	/

□居宅サービス介護給付費明細書・・(様式第四:老健の短期入所療養介護)

居宅サービス介護給付費明細書										様式第四		
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)												
公費負担者番号				平成 2 0 年 5 月分				保険者番号 2 7 1 0 0 7				
公費受給者番号												
被保険者	被保険者番号	0 0 2 0 0 6 0 8 2 9							事業所番号	2 7 0 0 0 0 0 0 4		
	(フリガナ)	加ト 時							事業所名称	老健フォーエヴァー		
	氏名	長門 有希							所在地	〒530-0004 大阪府大阪市北区堂島浜		
	生年月日	1. 明治	2. 大正	③ 昭和	性別	1. 男	② 女	連絡先	電話番号 06-1111-1114			
	要介護状態区分	経過的要介護・要介護 1・2 ③・4・5										
認定有効期間	平成 2 0 年 4 月 1 日 から				平成 2 1 年 3 月 3 1 日 まで							
居宅サービス計画				① 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成				入所年月日	平成 2 0 年 5 月 5 日			
事業所番号				2 7 0 0 0 0 0 0 1				退所年月日	平成 2 0 年 5 月 1 0 日			
事業所名称				フォーエヴァー居宅支援				短期入所 実日数 : 6				
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要				
	食糧33・リハ	2 2 1 1 3 3	8 6 4	6	5 1 8 4							
	食糧送迎加算	2 2 1 9 2 0	1 8 4	2	3 6 8							
	食糧管理栄養士配置加算	2 2 6 2 7 1	1 2	6	7 2							
	合計					5 6 2 4						
緊急時施設療養費	緊急時傷病名	①		②		③		緊急時治療開始年月日	①平成	年	月	日
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日								
	リハビリテーション	点	摘要									
	処置	点										
	手術	点										
	麻酔	点										
	放射線治療	点										
合計		点										
往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名									
特別療養費	傷病名											
	種別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費分単位数	摘要					
	合計											
請求額集計欄	区分	保険分	公費分	区分外特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費							
	①計画単位数	5 6 2 4										
	②限度額管理対象単位数	5 6 2 4										
	③限度額管理対象外単位数	0										
	④給付点数・単位数	5 6 2 4										
	⑤点数・単位数単価	1 0 0 0 円/単位			10円/点・単位	10円/点・単位						
	⑥給付率	9 0 /100			/100	/100						
	⑦請求額(円)	5 0 6 1 6										
⑧利用者負担額(円)	5 6 2 4											
介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費分	利用者負担額			
	合計											
							保険分請求額(円)		公費分請求額	公費分未入負担月額		

1	枚中	1	枚目
---	----	---	----

□介護予防サービス介護給付費明細書・・(様式第四(二):**老健**の介護予防**短期入所**療養介護)

介護予防サービス介護給付費明細書 様式第四(二)

(介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)

公費負担者番号		平成 2 0 年 5 月分	
公費受給者番号		保険者番号 2 7 1 0 0 7	

被保険者	被保険者番号 (7桁)	0 1 2 0 0 8 0 4 2 8		
	氏名	赤月 知佳		
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③ 昭和	性別	① 男 2. 女
	要支援 状態区分	要支援 2		
	認定有効 期間	平成 2 0 年 4 月 1 日 から	平成 2 1 年 3 月 3 1 日 まで	

請求事業者	事業所番号	2 7 0 0 0 0 0 0 4			
	事業所名称	老健フォーエヴァー			
	所在地	〒530-0004 大阪府大阪市北区堂島浜			
	連絡先	電話番号 06-1111-1114			

介護予防 サービス 計画	2. 被保険者自己作成 ① 介護予防支援事業者作成	入所年月日	平成 2 0 年 5 月 4 日
	事業所番号	2 7 0 6 0 0 0 0 0 1	退所年月日
事業所名称		フォーエヴァー地域包括支援センター	
		短期入所 実日数	
		7	

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数	公費対象単位数	摘要
予老健11・夜間・リハ	215 11117	1571	7	13997			
予老健送迎加算	215 11920	184	2	368			
予老健管理栄養士配置加算	215 61271	112	7	84			
合計				1449			

緊急時施設療養費	緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①平成 ②平成 ③平成	年 月 日
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日	
	特定治療	点	摘要		
	リハビリテーション	点			
	処置	点			
	手術	点			
麻酔	点				
放射線治療	点				
合計	点				

往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名
------	-------	------	-------

特別療養費	傷病名	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
	種別番号							
		合計						

区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
①計画単位数	4 4 4 9			
②限度額管理対象単位数	4 4 4 9			
③限度額管理対象外単位数	0			
④給付点数・単位数	4 4 4 9			
⑤点数・単位数単価	1 0 0 0 円/単位		10円/点・単位	10円/点・単位
⑥給付率	9 0 /100		/100	/100
⑦請求額(円)	4 0 0 4 1			
⑧利用者負担額(円)	4 4 4 9			

介護予防入所者 サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費分	利用者負担額
	合計								
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額	公費分本人負担月額

1 枚中 1 枚目

□施設サービス等介護給付費明細書・・(様式第九:老健の入所)

施設サービス等介護給付費明細書
(介護保健施設サービス)

様式第九

公費負担者番号		平成 2 0 年 5 月分								
公費受給者番号		保険者番号 2 7 1 0 0 7								
被保険者	被保険者番号 (7桁)	0 0 2 0 0 7 0 8 0 7								
	氏名	イミコサ 泉 此方								
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	性別 1. 男 2. 女							
	要介護状態区分	要介護 1 ②・3・4・5								
	認定有効期間	平成 1 9 年 7 月 1 日から 平成 2 0 年 6 月 3 0 日まで								
請求事業者	事業所番号	2 7 0 0 0 0 0 0 0 4								
	事業所名称	老健フォーエヴァー								
	所在地	〒530-0004 大阪府大阪市北区堂島浜								
	連絡先	電話番号 06-1111-1114								
入所年月日	平成 1 9 年 7 月 2 日	退所年月日	平成 年 月 日							
主傷病	手足不病		退所後の状況 1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院							
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分 回数	公費対象単位数	摘要		
	保健施設モニタ	5 2 1 3 2 1	8 3 0	3 1	2 5 7 3 0			1		
	保健施設管理栄養士配置加算	5 2 6 2 7 1	1 2	3 1	3 7 2					
	保健施設身障児福祉施設加算	5 2 6 3 0 4	5 3 1	1	1 5 5					
	合計				2 5 9 4 7					
緊急時施設療養費	緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①平成 ②平成 ③平成	年	月	日			
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日						
	特定治療	リハビリテーション	点	摘要						
		処置	点							
		手術	点							
		麻酔	点							
	放射線治療	点								
	合計	点								
往診回数	医療機関名	通院回数	医療機関名							
特別療養費	傷病名	種別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要	
	合計									
請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費					
	①点数・単位数合計	2 5 9 4 7								
	②点数・単位数単価	1 0 0 0 0 円/単位			10円/点・単位	10円/点・単位				
	③給付率	9 0 /100			/100	/100				
	④請求額(円)	2 3 3 5 2 3								
⑤利用者負担額(円)	2 5 9 4 7									
介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分 日数	公費分	利用者負担額	
	保健施設費	5 9 5 2 1 1	1 3 8 0	6 5 0	3 1	4 2 7 8 0	2 2 6 3 0		2 0 1 5 0	
	合計					4 2 7 8 0			2 0 1 5 0	
						保険分 請求額(円)	2 2 6 3 0	公費分 請求額	公費分本人負担月額	

1 枚中 1 枚目