

保険者→国保連

介護保険 受給者情報異動連絡票 (例)

平成27年 9月 1日 (1 頁)

保険者名
〇〇市

証記載保険者番号
1 2 3 4 X X

被保険者番号
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

異動年月日
年号 年 月 日
平成 2 7 0 8 0 1

異動区分
1:新規 2:変更 3:終了

異動事由
0 1

被保険者氏名 (カナ)
カ イ コ 〃 タ ロ ウ
生年月日
年号 年 月 日 性別
昭和 1 5 1 0 0 1 1:男 2:女

[資格]
資格取得年月日 資格喪失年月日
年号 年 月 日 年号 年 月 日
平成 1 2 0 4 0 1

[要介護認定]

みなし区分	要介護状態区分	有効期間開始年月日	有効期間終了年月日	公費負担上限額減額
1	2 5	平成 2 7 0 8 0 1	平成 2 8 0 7 3 1	1

[支給限度基準額]

区分	支給限度基準額	上限管理適用開始年月日	上限管理適用終了年月日
支給限度基準額 (旧訪問通所)	〇〇〇〇〇	平成 2 7 0 8 0 1	平成 2 8 0 7 3 1
(旧短期入所)			

[居宅サービス計画届出]

計画作成区分	居宅介護支援事業所番号	適用開始年月日	適用終了年月日
1	1 2 3 4 5 0 0 0 X X	平成 2 7 0 8 0 1	

[利用者負担減免・旧措置入所者]

減免中区分	利用者負担区分	給付率	適用開始年月日	適用終了年月日
			年号 年 月 日	年号 年 月 日

[標準負担・特定標準負担]

標準負担区分	負担額	適用開始年月日	適用終了年月日
		年号 年 月 日	年号 年 月 日

[償還払化]

償還払化開始年月日	償還払化終了年月日
年号 年 月 日	年号 年 月 日

[給付上の措置]

給付率引下げ開始年月日	給付率引下げ終了年月日
年号 年 月 日	年号 年 月 日

[特定入所者介護サービス]

認定申請中区分	サービス区分	特例減額措置対象	食費負担限度額	居住費負担限度額			適用開始年月日		適用終了年月日				
			限度額	ユニット型個室	ユニット型個室	従来型個室 (特)	従来型個室 (老・健)	多床室	新 1	新 2	新 3	年号 年 月 日	年号 年 月 日

[老人保健受給者]

広域 (政令市) 保険者番号	老人保健市町村番号	老人保健受給者番号

[社会福祉法人軽減情報]

軽減率	軽減率適用開始年月日	軽減率適用終了年月日
	年号 年 月 日	年号 年 月 日

[二次予防事業]

事業区分	有効期間開始年月日	有効期間終了年月日
	年号 年 月 日	年号 年 月 日

[申請情報]

申請種別	変更申請中区分	申請年月日
		年号 年 月 日

[国民健康保険資格]

保険者番号 (国保)	被保険者証番号 (国保)	個人番号 (国保)

[後期高齢者医療資格]

保険者番号 (後期)	被保険者番号 (後期)
3 9 1 2 3 4 X X	1 2 3 4 5 6 7 8

[住所地特例]

対象者区分	施設所在保険者番号	適用開始年月日	適用終了年月日
2	1 2 3 4 X X	平成 2 7 0 8 0 1	

[二割負担]

適用開始年月日	適用終了年月日
年号 年 月 日	年号 年 月 日
平成 2 7 0 8 0 1	平成 2 8 0 7 3 1

変更

保険者→国保連

平成27年 5月 1日 (1頁)

介護保険 保険者情報異動連絡票 (例)

保険者名	
〇〇市	

保険者番号					
1	2	3	4	X	X

異動年月日			
年号	年	月	日
平成	27	04	01

異動区分	
1:新規	②:変更
3:終了	

異動事由	
0	1

有効開始年月日				有効終了年月日			
年号	年	月	日	年号	年	月	日
平成	13	04	01				

保険者区分
1

<介護予防訪問介護・介護予防通所介護終了年月と、介護予防・日常生活支援総合事業開始年月の設定について>

○介護予防訪問介護・介護予防通所介護終了年月と、介護予防・日常生活支援総合事業開始年月に設定される期間が重複しても差し支えない

○例えば、広域連合や政令市内の構成市区町村毎に介護予防訪問介護・介護予防通所介護終了年月、介護予防・日常生活支援総合事業開始年月が異なる場合は、それぞれ最も早い開始年月、最も遅い終了年月を設定する

<介護予防・日常生活支援総合事業みなしサービス終了年月について>

○処理年月が平成28年5月以降に設定する。平成28年4月以前に設定した場合エラーとなり台帳登録が行えない

介護予防訪問介護・介護予防通所介護終了年月			
年号	年	月	
平成	28	03	

介護予防・日常生活支援総合事業開始年月		
年号	年	月
平成	27	04

介護予防・日常生活支援総合事業みなしサービス終了年月		
年号	年	月

1401

保険者名															
マ	ル	マ	ル	シ											
〇	〇	市													

郵便番号					
9	9	9	-	9	9
9	9	9	-	9	9

電話番号									
9	9	-	9	9	9	-	9	9	9
9	9	-	9	9	9	-	9	9	9

住所																							
ハ	ツ	ハ	ツ	ケ	ン	マ	ル	マ	ル	シ	サ	ン	カ	ク	サ	ン	カ	ク	1	-	1	-	1
×	×	県	〇	〇	市	△	△	1	-	1	-	1											

変更

保険者→国保連

介護保険 市町村固有情報異動連絡票 (2/2) (イメージ)
(総合事業費)

平成27年 5月 1日 (1 頁)

保険者名
〇〇市

保険者番号					
1	2	3	4	X	X

異動年月日				
年号	年	月	日	
平成	27	04	01	

異動区分		
1:新規	<input checked="" type="radio"/> 2:変更	3:終了

異動事由	
0	1

有効開始年月日				有効終了年月日			
年号	年	月	日	年号	年	月	日
平成	24	04	01	平成			

[総合事業費(経過措置)区分支給限度基準額]

区分	二次予防	介護予防	
		要支援1	要支援2
支給限度基準額 (総合事業費)	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇

[総合事業費(経過措置)種類支給限度基準額]

種類	二次予防	介護予防	
		要支援1	要支援2
訪問型予防	〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
通所型予防	〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
生活支援(配食)	〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
生活支援(見守り)	〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
生活支援(その他)	〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
ケアマネジメント	〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
予防訪問入浴		〇〇〇〇	〇〇〇〇
予防訪問看護		〇〇〇〇	〇〇〇〇
予防訪問リハ		〇〇〇〇	〇〇〇〇
予防通所リハ		〇〇〇〇	〇〇〇〇

種類	二次予防	介護予防	
		要支援1	要支援2
予防福祉貸与		〇〇〇〇	〇〇〇〇
予防短期生活		〇〇〇〇	〇〇〇〇
予防短期老健		〇〇〇〇	〇〇〇〇
予防短期医療		〇〇〇〇	〇〇〇〇
予防療養管理		〇〇〇〇	〇〇〇〇
予防特定施設		〇〇〇〇	〇〇〇〇
予防認知通所		〇〇〇〇	〇〇〇〇
予防多機能型		〇〇〇〇	〇〇〇〇
予防認知症型			〇〇〇〇
予防認知短期			〇〇〇〇

1
1
4
1
1

新規

保険者→国保連

介護予防・日常生活支援総合事業サービスコード異動連絡票情報 (イメージ)

平成27年 4月 1日 (1 頁)

証記載保険者番号					
1	2	3	4	X	X

保険者名
〇〇市

[サービスコード情報]

種類コード	項目コード	異動年月日				異動区分 異動事由	適用開始年月			単位数	算定単位	日数回数	制限期間	限度額区分	給付率	負担額	実施区分			
		年号	年	月	日		年号	年	月								サービス名称	事業対象	要支援1	要支援2
A3	0001	平成	27	04	01	1	平成	27	04	1000	1	01	01	3	085		2	2	2	
						01				サービス名称1										
A4	0001	平成	27	04	01	1	平成	27	04	2000	2					100	2	2	1	
						01				サービス名称2										

新規

介護予防・日常生活支援総合事業費
審査支払手数料払込請求書

〇〇市

殿

平成 27 年 5 月審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

金額	8,360 円		
内 訳			
区分	件数	一件当たり 単価	金額
県内	88	95 円 0 銭	8,360 円
県外	0	0 円 0 銭	0 円

払込期限	平成 27 年 6 月 15 日		
送金先	〇〇銀行 〇〇支店		
預金種目	普通	口座 番号	1234567
口座名	7878787878787878		

平成 27 年 6 月 1 日

〇〇県〇〇市〇〇町 1-1-1
〇〇国民健康保険団体連合会
理事長 介護 太郎

振込人→取扱銀行→振込人

理事
長印

領 収 書

〇〇市

殿

平成 27 年 5 月審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

金額	8,360 円		
(取扱店)			
内 訳			
区分	件数	一件当たり 単価	金額
県内	88	95 円 0 銭	8,360 円
県外	0	0 円 0 銭	0 円

年 月 日

※取扱店の領収印のないものは
無効です。

〇〇国民健康保険団体連合会
理事長 介護 太郎

振込人→取扱銀行→振込人

理事
長印

振込依頼書

入金票	通番番号	発信時分	受信者名	発信印

取組日	年 月 日	実施印
先方銀行	〇〇銀行 〇〇支店	複記
受取人	預金種目 普通 口座番号 1234567 金額 8,360 円 フリガナ 7878787878787878 氏名 〇〇国民健康保険団体連合会	孔照合印
依頼人	フリガナ 787878 氏名 〇〇市 殿	

(おねがい)
1. この振込は他の銀行と
一緒にすることなく個別に
お取扱下さい。

公 金

備考 介護予防・日常生活支援総合事業費の審査支払手数料 審査年月 27 年 5 月 払込期限 27 年 6 月 15 日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行(保管)

介護予防・日常生活支援総合事業費
審査支払手数料振込通知書

平成 27 年 5 月 審査分

(経由)

〇〇国民健康保険団体連合会 殿

金額	8,360 円	口座番号	収入科目			
内 訳		1234567	款	項	目	節
区分	件数	一件当たり 単価	金額			
県内	88	95 円 0 銭	8,360 円			
県外	0	0 円 0 銭	0 円			

振込人→取扱銀行→連合会

振込人	番号	900010
	氏名	〇〇市

新規

国保連合会 一 保険者

介護予防・日常生活支援総合事業費等請求額通知書

平成27年5月 審査分

平成27年6月5日

1 頁

証記載保険者番号	900010
保険者名	〇〇市

款	地域支援事業費	項	介護予防生活支援サービス事業費
---	---------	---	-----------------

〇〇〇国民健康保険団体連合会

種 類	通常分				再審査・過誤			総合事業費	利用者負担額	公費負担額
	件数	実日数	単位数	金額	件数	単位数	調整額			
訪問型サービス（みなし）	11	110	33,000	330,000	0	0	0	297,000	33,000	0
訪問型サービス（独自）	12	120	36,000	360,000	0	0	0	324,000	36,000	0
訪問型サービス（独自／定率）	13	130	39,000	390,000	0	0	0	351,000	39,000	0
訪問型サービス（独自／定額）	14	140	42,000	420,000	0	0	0	378,000	42,000	0
通所型サービス（みなし）	15	150	45,000	450,000	0	0	0	405,000	45,000	0
通所型サービス（独自）	16	160	48,000	480,000	0	0	0	432,000	48,000	0
通所型サービス（独自／定率）	17	170	51,000	510,000	0	0	0	459,000	51,000	0
通所型サービス（独自／定額）	18	180	54,000	540,000	0	0	0	486,000	54,000	0
生活支援サービス（配食／定率）	19	190	57,000	570,000	0	0	0	513,000	57,000	0
生活支援サービス（配食／定額）	20	200	60,000	600,000	0	0	0	540,000	60,000	0
生活支援サービス（見守り／定率）	21	210	63,000	630,000	0	0	0	567,000	63,000	0
生活支援サービス（見守り／定額）	22	220	66,000	660,000	0	0	0	594,000	66,000	0
生活支援サービス（その他／定率）	23	230	69,000	690,000	0	0	0	621,000	69,000	0
生活支援サービス（その他／定額）	24	240	72,000	720,000	0	0	0	648,000	72,000	0
介護予防生活支援サービス事業費	245	2,450	735,000	7,350,000	0	0	0	6,615,000	735,000	0
介護予防ケアマネジメント	25		10,350	103,500	0	0	0	103,500	0	0
介護予防ケアマネジメント事業費	25		10,350	103,500	0	0	0	103,500	0	0
合 計	270		745,350	7,453,500	0	0	0	6,718,500	735,000	0
累 計	270		745,350	7,453,500	0	0	0	6,718,500	735,000	0

	請求額	累計
審査支払手数料	25,650	25,650

SEFL21 (1531)

144

新規

国保連合会 → 保険者

介護予防・日常生活支援総合事業費審査決定請求明細表

平成27年5月審査分

平成27年6月5日

1 頁

〇〇国民健康保険団体連合会

証記載保険者番号	900010
保険者名	〇〇市

事業所番号	事業所名	サービス提供年月	サービス種類名	件数	日数回数	単位数	金額	総合事業費	利用者負担額	公費負担額
9000000010	〇〇市地域包括支援センター1	H27.4	介護予防ケアマネジメント	17		7,038	70,380	70,380	0	0
9070000010	介護サービス事業所 1	H27.4	訪問型サービス（みなし）	18	180	54,000	540,000	486,000	54,000	0
9070000010	介護サービス事業所 1	H27.4	通所型サービス（みなし）	19	190	57,000	570,000	513,000	57,000	0
90A0000010	総合事業事業所 1	H27.4	訪問型サービス（独自）	11	110	33,000	330,000	297,000	33,000	0
90A0000010	総合事業事業所 1	H27.4	訪問型サービス（独自/定率）	14	140	42,000	420,000	378,000	42,000	0
90A0000010	総合事業事業所 1	H27.4	訪問型サービス（独自/定額）	12	120	36,000	360,000	324,000	36,000	0
90A0000010	総合事業事業所 1	H27.4	通所型サービス（独自）	13	130	39,000	390,000	351,000	39,000	0
90A0000010	総合事業事業所 1	H27.4	通所型サービス（独自/定率）	15	150	45,000	450,000	405,000	45,000	0
90A0000010	総合事業事業所 1	H27.4	通所型サービス（独自/定額）	16	160	48,000	480,000	432,000	48,000	0
90A0000010	総合事業事業所 1	H27.4	生活支援サービス（配食/定率）	21	210	63,000	630,000	567,000	63,000	0
90A0000010	総合事業事業所 1	H27.4	生活支援サービス（配食/定額）	22	220	66,000	660,000	594,000	66,000	0
90A0000010	総合事業事業所 1	H27.4	生活支援サービス（見守り/定率）	23	230	69,000	690,000	621,000	69,000	0
90A0000010	総合事業事業所 1	H27.4	生活支援サービス（見守り/定額）	24	240	72,000	720,000	648,000	72,000	0
90A0000010	総合事業事業所 1	H27.4	生活支援サービス（その他/定率）	25	250	75,000	750,000	675,000	75,000	0
90A0000010	総合事業事業所 1	H27.4	生活支援サービス（その他/定額）	26	260	78,000	780,000	702,000	78,000	0
合 計				276		784,038	7,840,380	8,624,418	777,000	0

- 145 -

新規

国保連合会 → 公費負担者

介護予防・日常生活支援総合事業費公費受給者別一覧表

平成27年5月審査分

平成27年6月5日

1 頁

公費負担者番号	I2900010
公費負担者名	〇〇市福祉事務所

〇〇市国民健康保険団体連合会

受給者番号	サービス提供年月	事業所番号 事業所名	サービス種類名	サービス項目名	日数 回数	公費対象単位数	公費負担金額	公費分本人負担額	証記載保険者番号	被保険者 番号
									保険者名	
6010030	H27.4	90A0000010 総合事業事業所1	訪問型サービス(みなし)	予防訪問介護Ⅲ	1	3,889			900010 〇〇市	0000000001
6010030	H27.4	90A0000010 総合事業事業所1	訪問型サービス(みなし)	予防訪問介護初回加算	1	200			900010 〇〇市	0000000001
6010030	H27.4	90A0000010 総合事業事業所1	小計			4,089	4,089	0	900010 〇〇市	0000000001
6010030	H27.4		受給者計			4,089	4,089	0	900010 〇〇市	0000000001
合 計						4,089	4,089	0		

SEHL21(6421)

新規

国保連合会 → 保険者

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤決定通知書（保険者分）（平成27年6月取扱分）

過誤申立てについては、下記のとおり決定しましたので通知します。

平成27年7月1日

1頁

〇〇〇国民健康保険団体連合会

証記載保険者番号	保険者名
900010	〇〇市

事業所番号 事業所名	被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	サービス 種類名	過誤申立事由	単位数	保険者負担額	備考
9000000010 地域包括支援センター1	0000000001 ヒケンシヤ1	H27.4	予防ケアマネ	ケアマネ費 請求誤り	-500	-4,500	
90A0000010 総合事業事業所1	0000000002 ヒケンシヤ2	H27.4	訪問型みなし	総合事業明細 請求誤り	-500	-4,500	
90A0000020 総合事業事業所2	0000000003 ヒケンシヤ3	H27.4	訪問型みなし	総合事業明細 給付管理票取消	-600	-5,400	

合計	総合事業費	件数	単位数	保険者負担額
		-3	-1,600	-14,400

— 147 —

国保連合会 → 保険者

介護予防・日常生活支援総合事業費再審査決定通知書（保険者分）（平成27年6月取扱分）

審査委員会において再度審議した結果、下記のとおり決定しましたので通知します。

平成27年7月1日

1頁

〇〇〇国民健康保険団体連合会

〇〇〇審査委員会

証記載保険者番号	保 険 者 名
900010	〇〇市

事業所番号 事業所名	被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	サービス 種類名	再審査 申立事由	当初請求単位数	原審単位数	決定単位数	調整単位数	保険者負担額
90A0000020 総合事業事業所2	0000000002 ヒホケンシヤ2	H27.4	訪問型みなし	給付管理票 実績修正	3,000	1,000	3,000	2,000	18,000

		再 審 査 決 定			調 整		
		件数	単位数	保険者負担額	件数	単位数	保険者負担額
合計	総合事業費	0	3,000	30,000	0	2,000	18,000

SLHL25(1781)

— 148 —

新規

国保連合会 ← 保険者

介護予防・日常生活支援総合事業費資格照合表

平成27年5月審査分については確認の結果、下記の通りでしたので報告いたします。

平成27年6月1日

1頁

〇〇〇国民健康保険団体連合会

証記載保険者番号	900010
保険者名	〇〇市

被保険者番号	被保険者氏名	サービス種類名	サービス提供年月	種別 (※1)	事業所番号	事業所名	被保険者情報				支給額 千円	障害サービス 認定区分 コード	支給事業所番号	単位数 単価	給付率				日数 回数	単位数	利用者負担額					
							要介護状態 区分コード	認定有効期間		限度額適用期間					事業											
								開始	終了	開始					終了	事業	公費1	公費2				公費3				
000000001	ヒナコちゃん1	訪問型サービス（みなし）	H27.4	給	907000010	サービス事業所 1	06			H27.4.1			4,970													
							12			H27.3.1	H28.2.28		5,003													
000000001	ヒナコちゃん1	訪問型サービス（みなし）	H27.4	請	907000010	サービス事業所 1	21	H27.4.1	H28.3.31				1	907000020	10.12	95	95				5	1,500		500		
							12	H27.3.1	H28.2.28				3	900000010	10.00	90	100									
000000001	ヒナコちゃん1	介護予防ケアマネジメント	H27.4	ケ	900000010	地域包括支援センター 1	06	H27.4.1							10.12									1,500	1,500	
							12	H27.3.1	H28.2.28						10.00											

※1 … 給：給付管理票、請：請求明細書、ケ：介護予防ケアマネジメント費請求明細書

新規

介護予防・日常生活支援総合事業費払込請求書

〇〇市 殿

平成 27 年 5 月審査確定額を下記のとおり払込み下さい。

内 訳	金額	4,000,000 円	払込期限	平成 27 年 6 月 15 日		
	サービス事業費	3,000,000 円	送金先	〇〇銀行〇〇支店		
	介護予防ケアマネ事業費	1,000,000 円		預金種目	普通	口座 番号
			口座名		フリガナ	

平成 27 年 6 月 1 日

理事
長印

〇〇県〇〇市〇〇町 1-1-1
〇〇〇 国民健康保険団体連合会
理事長 介護 太郎

振込人→取扱銀行→振込人

領 収 書

〇〇市 殿

平成 27 年 5 月審査確定額を下記のとおり領収いたしました。

内 訳	金額	4,000,000 円	(取扱店)
	サービス事業費	3,000,000 円	
	介護予防ケアマネ事業費	1,000,000 円	

年 月 日

理事
長印

〇〇〇 国民健康保険団体連合会
理事長 介護 太郎

※取扱店の領収印のないものは無効です。

振込人→取扱銀行→振込人

振込依頼書

入金票	通過番号	発行時分	受信者名	発信印

取組日	年 月 日		実施印
先方銀行	〇〇銀行〇〇支店		
受取人	預金種目	普通 口座番号 1234567	金額 4,000,000 円
	フリガナ	フリガナ	
依頼人	氏名	〇〇〇国民健康保険団体連合会	印刷合印
	フリガナ	フリガナ	
	氏名	〇〇市 殿	

(おながい)
1. この振込は他の銀行と一緒にごとなく個別にお取扱下さい。

公 金

備考
介護予防・日常生活支援総合事業費の審査支払確定額
審査年月 27 年 5 月
払込期限 27 年 6 月 15 日

出納済印または振替科目

振込人→取扱銀行(保管)

介護予防・日常生活支援総合事業費 振込通知書

平成 27 年 5 月 審査分

(理由)

〇〇〇 国民健康保険団体連合会 殿

内 訳	金額	4,000,000 円	口座番号	収入科目			
	サービス事業費	3,000,000 円	1234567	款	項	目	節
	介護予防ケアマネ事業費	1,000,000 円	1234567	05	01	01	01

振込人	番号	900010
	氏名	〇〇市

振込人→取扱銀行→連合会

新規

保険者 → 国保連合会

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書 (例)

介護給付費等審査委員会 殿

保険者番号	9 0 0 0 0 0 1
保険者名	〇〇市
所在地	〒123-4567 ××県〇〇市△△△△1-2-3
連絡先	電話番号 ×××-×××-××××

下記の介護予防・日常生活支援総合事業について、過誤を申し立てます。

平成 27年06月15日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
9 0 A 0 2 1 2 3 4 5	1 1 2 0 7 7 0 0 0 1 かこ*知ゆ	平成27年 4月	1 0 9 9	総合請求明細 その他実績取下
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		

変更

保険者→国保連

共同処理用受給者異動連絡票

平成 27 年 9 月 1 日 1 頁

保険者名
××市

証記載 保険者番号	1	2	3	4	X	X				
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X

異動区分	1:新規 2:変更
異動事由	01:資格取得 02:資格喪失 03:広域連合における市町村間異動 99:その他

異動年月日	平成	27	年	08	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

基本情報

氏名	介 護 太 郎	電話番号	0	1	2	-	3	4	5	-	6	7	X	X															
住所	1	2	3	-	4	5	X	X	マル	マル	ケ	ン	ハ	ツ	ハ	ツ	サ	ン	カ	ク	サ	ン	カ	ク	1	-	2	-	3
	○	○	県	×	×	市	△	△	1	-	2	-	3	帳票出力順序コード	1	1	1												

償還払給付額管理処理情報

保険給付の一時差止									
開始年月日	平成	26	年	○○	月	○○	日	区分	一時差止金額
終了年月日	平成	27	年	××	月	××	日	1:一部差止 2:全部差止	1000

高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X
世帯所得区分	1:一般 2:市町村民税世帯非課税者等 3:生活保護 4:現役並み所得相当									
所得区分	1:一般 2:市町村民税非課税者等 3:生活保護 4:現役並み所得相当	利用者負担第2段階	1:該当無し 2:該当有り							
高齢福祉年金受給の有無	1:受給無し 2:受給有り	支給申請書出力の有無	1:出力無し 2:出力有り							

変更

保険者→国保連

共同処理用受給者訂正連絡票

平成 27 年 9 月 10 日

1 頁

保険者名
××市

証記載 保険者番号	1	2	3	4	X	X				
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成	27	年	08	月	01	日
訂正年月日	平成	27	年	09	月	01	日

基本情報

氏名																電話番号	0	1	2	-	3	4	5	-	9	9	X	X	
住所	1	2	3	-	4	5	X	X	マ	ル	マ	ル	ケ	ン	ハ	ツ	ハ	ツ	ツ	カ	ク	ツ	カ	ク	3	-	2	-	1
	○	○	県	×	×	市	□	□	3	-	2	-	1	帳票出力順序コード															

償還払給付額管理処理情報

保険給付の一時差止									
開始年月日	平成		年		月		日	区分	一時差止金額
終了年月日	平成		年		月		日	1:一部差止 2:全部差止	

高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)													
世帯所得区分	1:一般 2:市町村民税世帯非課税者等 3:生活保護 4:現役並み所得相当												
所得区分	1:一般 2:市町村民税非課税者等 3:生活保護 4:現役並み所得相当										利用者負担第2段階	1:該当無し	2:該当有り
高齢福祉年金受給の有無	1:受給無し 2:受給有り										支給申請書出力の有無	1:出力無し	2:出力有り

新規

保険者→国保連合会

介護予防ケアマネジメント負担金調整依頼書

平成27年4月分～平成27年12月分

施設所在保険者番号	901010
施設所在保険者名	〇〇市

平成28年1月20日
1頁

項番	証記載保険者番号	被保険者番号 被保険者氏名(カナ)	金額	項番	証記載保険者番号	被保険者番号 被保険者氏名(カナ)	金額
1	902020	3000000001 カゴ サマウ	8600	26			
2				27			
3				28			
4				29			
5				30			
6				31			
7				32			
8				33			
9				34			
10				35			
11				36			
12				37			
13				38			
14				39			
15				40			
16				41			
17				42			
18				43			
19				44			
20				45			
21				46			
22				47			
23				48			
24				49			
25				50			

合計金額	8600
------	------

※ 要支援者に係る介護予防ケアマネジメント費を国保連経由で支払った場合の人数は含めないこと。

新規

介護予防ケアマネジメント負担金払込請求書

〇〇市 殿

平成 27 年分 負担金確定額を下記のとおり払込み下さい。

	金額	25,800 円	払込期限	平成 28 年 3 月 15 日		
内 訳	介護予防ケアマネジメント事業費	25,800 円	送金先	〇〇銀行 〇〇支店		
			預金種目	普通	口座 番号	1234567
			口座名	〒〒〒〒〒〒〒〒〒		

平成 28 年 2 月 23 日

理事
長印

〇〇県〇〇市〇〇町 1-1-1
 〇〇〇 国民健康保険団体連合会
 理事長 介護 太郎

振込人→取扱銀行→振込人

領 収 書

〇〇市 殿

平成 27 年分 負担金確定額を下記のとおり領収いたしました。

	金額	25,800 円			
内 訳	介護予防ケアマネジメント事業費	25,800 円	(取扱店)		

年 月 日

理事
長印

〇〇〇 国民健康保険団体連合会
 理事長 介護 太郎

※取扱店の領収印のないものは
無効です。

振込人→取扱銀行→振込人

振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印

取組日	年 月 日				実施印
先方銀行	〇〇銀行 〇〇支店			複記	
受取人	預金種目	普通	口座番号	1234567	金額
	フリガナ	〒〒〒〒〒〒〒〒〒			
依頼人	フリガナ	〇〇〇国民健康保険団体連合会			
	氏名	〇〇市 殿			

(おねがい)
 1. この振込は他の銀行と
 一緒にすることなく個別に
 お取扱下さい。

公 金

備考
 介護予防ケアマネジメント負担金確定額
 調整年 27 年
 払込期限 28 年 3 月 15 日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行(保管)

介護予防ケアマネジメント負担金 振込通知書

平成 27 年分

(経由)

〇〇〇 国民健康保険団体連合会 殿

	金額	25,800 円	口座番号	収入科目			
内 訳	介護予防ケアマネジメント事業費	25,800 円	1234567	款	項	目	節
				05	01	02	01

振込人→取扱銀行→連合会

振込人	番号	900010
	氏名	〇〇市

新規

国保連合会→保険者

介護予防ケアマネジメント負担金調整額通知書

平成27年4月分～平成27年12月分

保険者番号	901010
保険者名	〇〇市

平成28年2月23日

1頁

〇〇〇国民健康保険団体連合会

施設所在保険者請求一覧

項番	被保険者番号	被保険者氏名(カナ)	金額	施設所在保険者	
				番号	名称
1	1000000001	カバ イチウ	34,400	902010	□□市
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					

負担金調整依頼書			負担金調整額通知書			差引支払額 (▲は請求額)
保険者数	人数	調整額	保険者数	人数	調整額	
1	1	8,600	1	1	34,400	▲25,800