



外字空白印字リスト(特別徴収者)

NNZ9年Z9月Z9日  
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

出力順：NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号		保険者名	送付先住所
999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
No	被保険者番号	被保険者氏名(カナ) 被保険者氏名(漢字)	
ZZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN





# 被保険者証作成一覽表

平成12年 4月 1日

県国民健康保険団体連合会

出力順：証番号順

保険者番号 1234XX		保険者名 XX県 市			氏名(漢字)	性別	生年月日	要介護 状態区分等	住 所
No	被保険者 番号	氏名(カナ)	氏名(漢字)						
1	1200140030	カノ タロウ	介護 太郎		男	T 5. 1. 1	要介護 1	市 町 x x 丁目 x x 番地	
2	1200140031	カノ ハナ	介護 花子		女	T 5. 2. 1	要介護 2	市 町 x x 丁目 x x 番地	

<b>介護保険被保険者証</b>	
有効期限	平成 16年 9月 30日
番号	1 2 0 0 1 4 0 0 3 0
住所	市 町 x x 丁目 x x 番地
フリガナ	カゴ 知
氏名	介護 太郎
生年月日	大正 5年 1月 1日
交付年月日	平成 13年 4月 1日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">X</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">X</div> <div style="margin-left: 20px;">〇〇〇〇市</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px; text-align: center;">印</div> </div>

要介護状態区分等	要介護 1
認定年月日	平成 13年 4月 1日
認定の有効期間	平成 13年 4月 1日 ~ 平成 13年 9月 30日
訪問通所(通院)サービス	区分支給限度基準額
うち種類支給限度基準額	平成 4月 1日 ~ 平成 13年 9月 30日
	1ヶ月あたり
	サービスの種類
	種類支給限度基準額
	サービス種類 1 * * * * *
	サービス種類 2 * * * * *
	点
	点
短期入所サービス	区分支給限度基準額
	平成 13年 4月 1日 ~ 平成 13年 9月 30日
	30日
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	認定審査意見 1 * * * * * 認定審査意見 2 * * * * *

給付制限	内容	期間	
	開始年月日	年月日	
	終了年月日	年月日	
	開始年月日	年月日	
	終了年月日	年月日	
	開始年月日	年月日	
	終了年月日	年月日	
	居宅介護支援事業者名1 * * * * *	年月日	
	居宅介護支援事業者名2 * * * * *	年月日	
	届出年月日	平成 13年 3月 20日	
	届出年月日	年月日	
	届出年月日	年月日	
介護保険施設等	種類	入所年月日	年月日
	名称	入院	年月日
	種類	退所年月日	年月日
	名称	退院	年月日

(三)

外字空白印字リスト(被保険者証作成)

平成12年 4月 1日  
県国民健康保険団体連合会

保険者番号		保険者名		出力順：証番号順	住所
1234XX		XX県	市		
No	被保険者番号	被保険者氏名(カナ)			
		被保険者氏名(漢字)			
1	1200140030	加丁 初			市 町××丁目××番地
		介護 太郎			
2	1200140031	加丁 八			市 町××丁目××番地
		介護 花			





# 保険料納付通知書等作成一覧表(普通徴収者)

平成12年 4月 1日  
県国民健康保険団体連合会

保険者番号 1234XX	保険者名 XX県 市
-----------------	---------------

出力順：証番号順

No	被保険者番号	氏名(力大) 氏名(漢字)	納付額												計			
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月				
1	1200140030	加口 如介 介護 太郎	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	31,200
2	1200140031	加口 介 介護 花子	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	31,200

納付書

年度	12	領収書
加入者	〇〇市(町村)役	

納付書  
〒123-4567  
県 x x 市  
1 - 2 -  
3  
住所

氏名 介護 太郎 様

介護保険料  
納付についてのお願

指定期限まで納めてください。  
指定期限をすぎたときは、〇  
〇市(町村)〇〇課へ相談して  
ください。

納付場所  
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

科目	番号	1234567890
11-11-11-11		
区分	保険料額	2,600 円
延滞金及び算出基礎		100 円
H12. 4. 1 から H12. 5. 1 まで 30日間		
合計		2,700 円

会計	款	項	目	節
介護保険	介護保険料	介護保険料	第1号被保険者保険料	現年分
介護保険	諸収入	延滞金、加算金及び通料	第1号被保険者延滞金	延滞金

ただし 平成 12年度 2 期分  
納期限 平成 12年 5 月 31 日

上記のとおり 領収しました。	領収日付印
調定主管	〇〇市(町村)〇〇課

領収書は2年間保管してください。

(納付者保管)

この領収書は〇〇市(町村)収納機関の領収印がないと効力を生じません。

年度	12	原付
加入者	〇〇市(町村)役	

納付書

氏名 介護 太郎 様

科目	番号	1234567890
11-11-11-11		
保険料額		2,600 円
延滞金		100 円
合計		2,700 円

会計	款	項	目	節
介護保険	介護保険料	介護保険料	第1号被保険者保険料	現年分
介護保険	諸収入	延滞金、加算金及び通料	第1号被保険者延滞金	延滞金

ただし 平成 12年度 2 期分  
納期限 平成 12年 5 月 31 日

上記のとおり 領収しました。	領収日付印
調定主管	〇〇市(町村)〇〇課

(金融機関等保管)

年度	12	納付済通知書
加入者	〇〇市(町村)役	

納付書

氏名 介護 太郎 様

科目	番号	1234567890
11-11-11-11		
区分	保険料額	2,600 円
延滞金及び算出基礎		100 円
H12. 4. 1 から H12. 5. 1 まで 30日間		
合計		2,700 円

会計	款	項	目	節
介護保険	介護保険料	介護保険料	第1号被保険者保険料	現年分
介護保険	諸収入	延滞金、加算金及び通料	第1号被保険者延滞金	延滞金

ただし 平成 12年度 2 期分  
納期限 平成 12年 5 月 31 日

上記のとおり 領収しました。	領収日付印
調定主管	〇〇市(町村)〇〇課

(〇〇市(町村)保管)

納入通知書（介護保険料額決定通知書）兼特別徴収開始通知書

発 1 2 3 4 5 6 7  
平成 12 年 4 月 1 日

〒123-4567  
県××市 1 - 2 - 3

介護 太郎 様

〇〇市(町村)長



平成12年度分の介護保険料額が次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	1	2	0	0	1	4	0	0	3	0
決定年月日	平成 12 年 4 月 1 日											
決定理由	による介護保険保険料の決定											

年間保険料額

平成12年度に納付する保険料額	31,200 円
-----------------	----------

期別保険料額

納期(月)	保険料額		貴世帯分保険料額 *
	普通徴収	特別徴収	
第1期4月	2,600		2,600
第2期5月	2,600		2,600
第3期6月	2,600		2,600
第4期7月	2,600		2,600
第5期8月	2,600		2,600
第6期9月	2,600		2,600
第7期10月	2,600		2,600
第8期11月	2,600		2,600
第9期12月	2,600		2,600
第10期1月	2,600		2,600
第11期2月	2,600		2,600
第12期3月	2,600		2,600
計	31,200		31,200
合計額	31,200		

これからの保険料納付方法等

保険料徴収方法	普通徴収
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

\* 普通徴収の保険料について、あなたが世帯主として連帯納付義務を負っている世帯員分の介護保険料の合計が記載されています。(世帯主本人分を含む)  
特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。

保険料算定の基礎

期間	月数	所得段階区分	保険料率	保険料算出額 × /12	保険料額 *
平成11. 1. 1~ 平成12. 12. 31	12	所得段階区分 1	2,600	2,600	31,200

普通徴収の場合の納期限

納期	納期限	納期	納期限
第1期	平成 12 年 4 月 30 日	第7期	平成 12 年 10 月 30 日
第2期	平成 12 年 5 月 30 日	第8期	平成 12 年 11 月 30 日
第3期	平成 12 年 6 月 30 日	第9期	平成 12 年 12 月 30 日
第4期	平成 12 年 7 月 30 日	第10期	平成 13 年 1 月 30 日
第5期	平成 12 年 8 月 30 日	第11期	平成 13 年 2 月 28 日
第6期	平成 12 年 9 月 30 日	第12期	平成 13 年 3 月 30 日

普通徴収の場合の納入場所

銀行等  
××市役所等

お問い合わせ先  
市(町村)介護保険課

不服の申立

この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、 県  
介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。

県××市 1 - 2 - 3

# 外字空白印字リスト(普通徴収者)

平成12年 4月 1日  
県国民健康保険団体連合会

保険者番号 1234XX	被保険者番号	被保険者氏名(漢字)	出力順：証番号順	送付先住所
		保険者名 X X 県 市		
		被保険者氏名(カタ)		
		被保険者氏名(漢字)		
1	1200140030	加口 力助 介護 太郎	1 - 2 - 3	県 x x 市
2	1200140031	加口 八子 介護 花子	4 - 5 - 6	県 x x 市

# 保険料納付通知書等作成一覧表(特別徴収者)

平成12年 4月 1日

県国民健康保険団体連合会

No		被保険者 番号	保険者名		出力順：証番号順												合計									
			氏名(カナ)	X X 県 市	徴収額(上段：特別徴収 下段：普通徴収)						徴収額(上段：特別徴収 下段：普通徴収)															
					4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		計	合計							
1	1200140030	加江 如功 介護 太郎	5,200	0	5,200	0	0	0	0	5,200	0	0	0	0	5,200	0	0	5,200	0	0	5,200	0	0	31,200		
2	1200140031	加江 ルカ 介護 花子	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	0	2,600	0	0	0	0	5,200	0	0	5,200	0	0	5,200	0	0	15,600	31,200	

# 納入通知書（介護保険料額決定通知書）兼特別徴収開始通知書

発 1 2 3 4 5 6 7  
平成 12 年 4 月 1 日

〒123-4567 県××市 1 - 2 - 3
介護 太郎 様

〇〇市(町村)長 印

平成12年度分の介護保険料額が次のとおり決定しましたので通知します。  
平成12年度分の介護保険料額について次のとおり年金から特別徴収しますので通知します。

被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	1 2 0 0 1 4 0 0 3 0
決定年月日	平成 12 年 4 月 1 日		
決定理由	による介護保険保険料の理由		

### 年間保険料額

平成12年度に納付する保険料額 31,200 円
-----------------------------

### 期別保険料額

納期(月)	保険料額		貴世帯分保険料額 *
	普通徴収	特別徴収	
第1期4月		5,200	
第2期5月			
第3期6月		5,200	
第4期7月			
第5期8月		5,200	
第6期9月			
第7期10月		5,200	
第8期11月			
第9期12月		5,200	
第10期1月			
第11期2月		5,200	
第12期3月			
計		31,200	
合計額	31,200		

### これからの保険料納付方法等

保険料徴収方法	特別徴収
特別徴収義務者	市
特別徴収対象年金	国民年金

\* 普通徴収の保険料について、あなたが世帯主として連帯納付義務を負っている世帯員分の介護保険料の合計が記載されています。（世帯主本人分を含む）  
特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。

### 保険料算定の基礎

期間	月数	所得段階区分	保険料率	保険料算出額 × /12	保険料額 *
平成11. 1. 1~ 平成12. 12. 31	12	所得段階区分 1	2,600	2,600	31,200

### 普通徴収の場合の納期限

納期	納期限	納期	納期限
第1期	平成 12 年 4 月 30 日	第7期	平成 12 年 10 月 30 日
第2期	平成 12 年 5 月 30 日	第8期	平成 12 年 11 月 30 日
第3期	平成 12 年 6 月 30 日	第9期	平成 12 年 12 月 30 日
第4期	平成 12 年 7 月 30 日	第10期	平成 13 年 1 月 30 日
第5期	平成 12 年 8 月 30 日	第11期	平成 13 年 2 月 28 日
第6期	平成 12 年 9 月 30 日	第12期	平成 13 年 3 月 30 日

### 普通徴収の場合の納入場所

銀行等  
××市役所等  
  
お問い合わせ先  
市(町村)介護保険課

### 不服の申立

この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、県  
介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。  
県××市 1 - 2 - 3

# 外字空白印字リスト(特別徴収者)

平成12年 4月 1日  
県国民健康保険団体連合会

保険者番号 1234XX	被保険者番号	保険者名 X X 県 市	出力順：証番号順	送付先住所
No	被保険者番号	被保険者氏名(カナ) 被保険者氏名(漢字)		
1	1200140030	加江 寿郎 介護 太郎	1 - 2 - 3	県 x x 市
2	1200140031	加江 花子 介護 花子	4 - 5 - 6	県 x x 市





# 平成12年度特別徴収開始通知書（仮徴収）

発 1 2 3 4 5 6 7  
平成 12 年 4 月 1 日

〒123-4567  
県××市 1 - 2 - 3

介護 太郎 様

〇〇市(町村)長

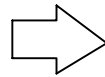
印

介護保険施行法第16条第3項の規定に基づき、平成12年度分のあなたの介護保険料を年金から特別徴収しますので通知します。

被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	1	2	0	0	1	4	0	0	3	0
--------	-------	--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

## これからの保険料の納付方法

保険料徴収方法	特別徴収
特別徴収義務者	市
特別徴収対象年金	国民年金



## 保険料額

年金支払月	特別徴収される保険料額
4月	5,200 円
6月	5,200 円
8月	5,200 円

平成12年10月以降の保険料額は、あなたの12年度年間保険料額から4月から8月に特別徴収された保険料の合計額を差し引いた額になります。  
詳しくは、平成12年度以降に別途通知します。

お問い合わせ先  
市(町村)介護保険課

## 不服の申立

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、県介護保険審査会に審査請求をすることができます。

県××市 1 - 2 - 3

このページは空白です。