

3.3.6 高額介護サービス費支給処理情報（出力情報）

（1） 高額介護サービス費給付対象者一覧表情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費給付対象者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3311” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1” 固定
3	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

2 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照。(P.1031)

・明細レコード(複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費給付対象者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3311” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1” 固定
3		数字	6	高額介護サービス費給付のお知らせ等との関連付け番号を出力する	
4	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
5	被保険者氏名(漢字)	漢字	40	被保険者氏名(漢字)を出力する	
6	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月(西暦(YYYYMM))を設定する	2
7	事業所番号	数字	10	事業所番号を出力する	1
8	事業所名(漢字)	漢字	40	事業所名(漢字)を出力する	
9	サービス種類コード	数字	2	サービス種類コードを出力する	1
10	サービス種類名	漢字	24	サービス種類名を出力する	
11	サービス費用合計額	数字	9	サービス費用合計額を出力する	S
12	利用者負担額	数字	9	受給者の利用者負担額を出力する	S
13	備考	漢字	20	低所得者等識別、世帯合算状況等を出力する	

1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

2 「6.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.1031)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

・集計レコード(複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費給付対象者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3311” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“T1” 固定
3	サービス費用合計額合計	数字	9	該当する受給者のサービス費用合計額合計を出力する	S
4	利用者負担額合計	数字	9	該当する受給者の自己負担額合計を出力する	S
5	算定基準額	数字	9	該当する受給者の算定基準額を出力する	S
6	支払済金額合計	数字	9	該当する受給者に前回までに既に支給した金額を出力する	S
7	高額支給額	数字	9	今回の支給金額を出力する	S

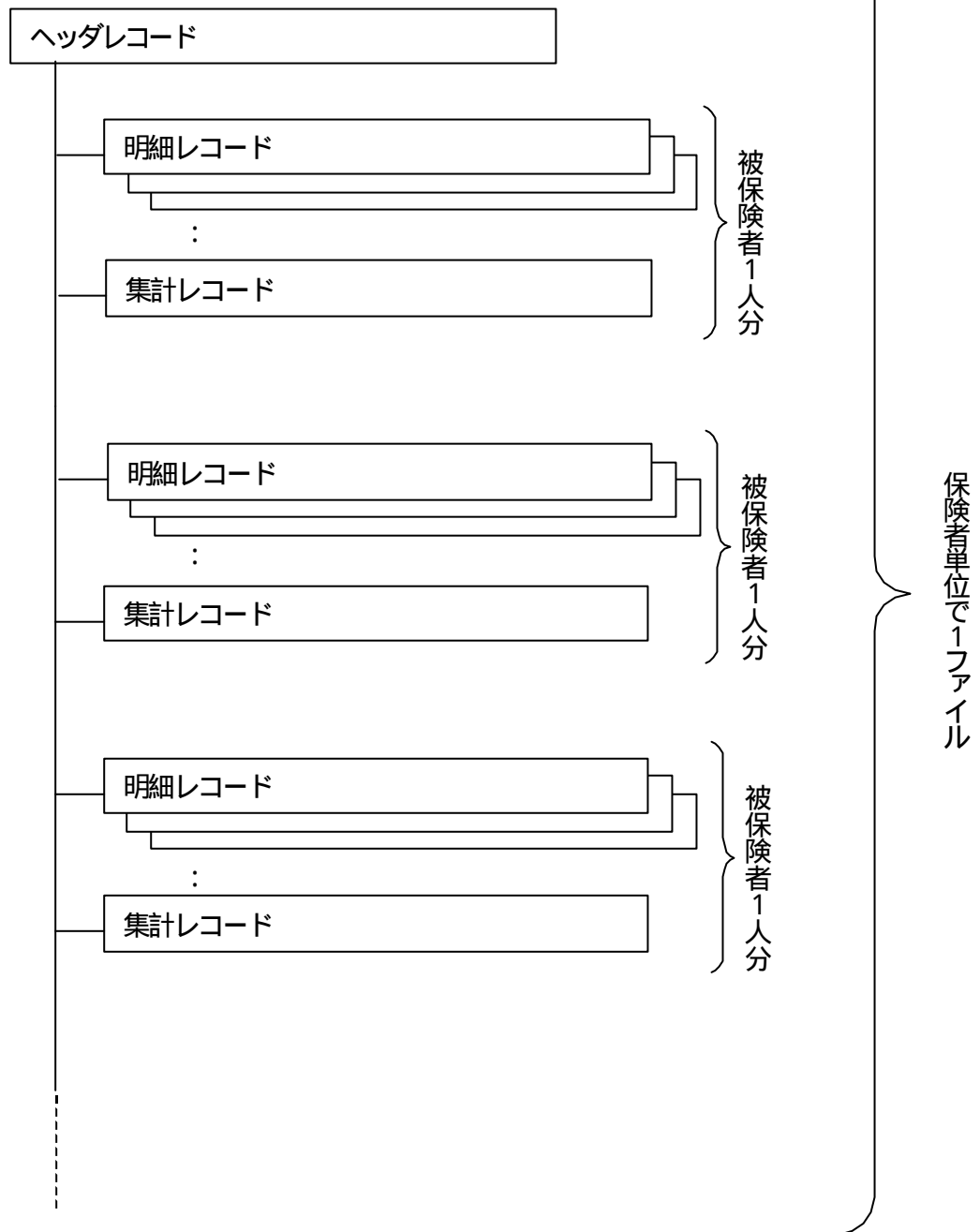
S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

高額介護サービス費給付対象者一覧表

レコードの編綴（ファイル内の格納順序）



(2) 高額介護サービス費給付のお知らせ情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(3) 高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(4) 外字空白印字リスト(高額介護サービス費給付対象者)情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(5) 高額介護サービス費支給（不支給）決定者一覧表情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費支給（不支給）決定者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3511” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1” 固定
3	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日（西暦年月日(YYYYMMDD)）を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「6.4 コード一覧」参照(P.1024)

2 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照。(P.1031)

・明細レコード(複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費支給（不支給）決定者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3511” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1” 固定
3		数字	6	高額介護サービス費支給（不支給）決定通知書等との関連付け番号を出力する	
4	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
5	被保険者氏名（漢字）	漢字	40	被保険者氏名（漢字）を出力する	
6	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月（西暦年月(YYYYMM)）を出力する	2
7	利用者負担額	数字	9	受給者の利用者負担額を出力する	S
8	支給区分コード	数字	1	支給区分コードを出力する	1
9	決定年月	数字	6	保険者が支給（不支給）を決定した年月（西暦年月(YYYYMM)）を出力する	2
10	高額支給額	数字	9	受給者への支給額を出力する	S

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考	
11	支給方法区分コード	数字	1	支払方法区分コードを出力する	1	
12	支払場所	漢字	40	窓口払の支払場所を出力する		
13	窓口払 支払期間	開始年月日	数字	8	窓口払の支払期間の開始年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	3
14		終了年月日	数字	8	窓口払の支払期間の終了年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	3
15		開始曜日	漢字	2	窓口払の支払期間の開始曜日を出力する	
16		終了曜日	漢字	2	窓口払の支払期間の終了曜日を出力する	
17		開始時間	数字	4	窓口払の支払期間の開始時間を出力する	
18		終了時間	数字	4	窓口払の支払期間の終了時間を出力する	
19		口座払	金融機関コード	数字	4	口座払の金融機関コードを出力する
20	金融機関名		漢字	30	口座払の金融機関名を出力する	
21	金融機関支店コード		数字	3	口座払の金融機関支店コードを出力する	1
22	金融機関支店名		漢字	40	口座払の金融機関支店名を出力する	
23	口座種目		数字	1	口座払の口座種目を出力する	1
24	口座種目名		漢字	6	口座払の口座種目名を出力する	
25	口座番号		数字	7	口座払の口座番号を出力する	1
26	口座名義人（カナ）		英数	40	口座払の口座名義人（カナ）を出力する	

1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

2 「6.5 留意事項：「年月」欄」参照(P.1031)

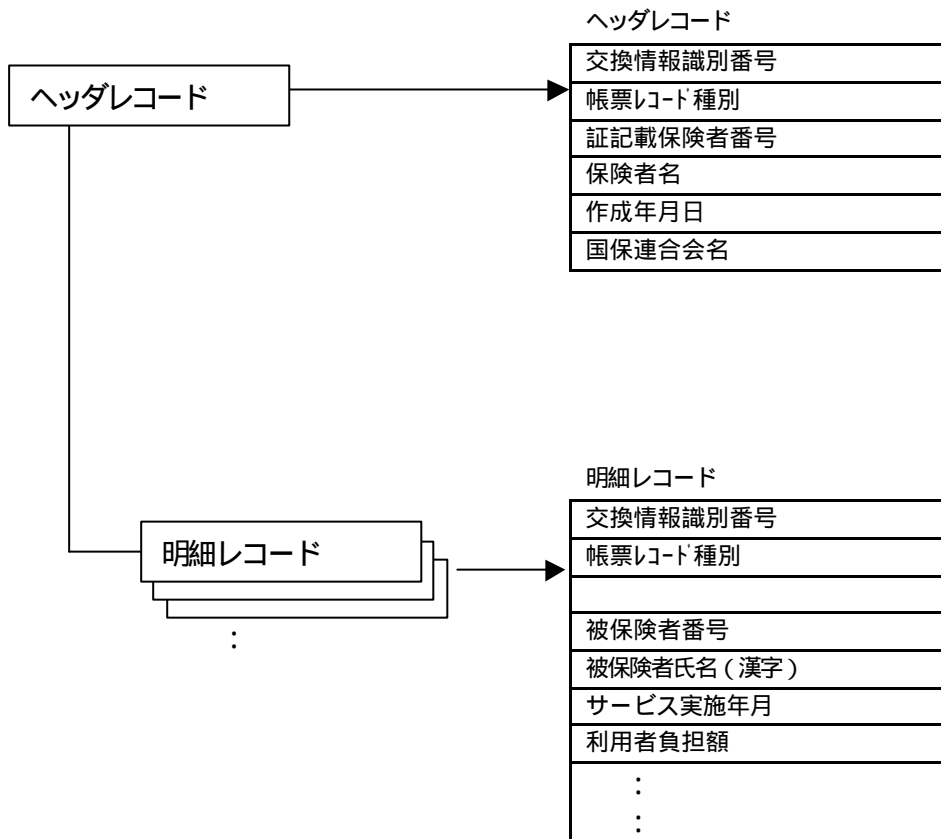
3 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照(P.1031)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

高額介護サービス費支給（不支給）決定者一覧表情報



(6) 高額介護サービス費支給(不支給)決定通知書情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(7) 外字空白印字リスト(高額介護サービス費支給(不支給)決定者)情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(8) 振込依頼書 (高額) 情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込依頼書 (高額) 情報の交換情報識別番号を出力する	“3611” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1” 固定
3	宛先 金融機関コード 金融機関名 金融機関支店コード 金融機関支店名	数字	4	保険者が契約している金融機関のコードを出力する	1
4		漢字	30	保険者が契約している金融機関名を出力する	
5		数字	3	保険者が契約している金融機関の支店コードを出力する	1
6		漢字	40	保険者が契約している金融機関の支店名を出力する	
7	保険者名	漢字	40	保険者名を出力する	

1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

・明細レコード (複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考	
1	交換情報識別番号	英数	4	振込依頼書 (高額) 情報の交換情報識別番号を出力する	“3611” 固定	
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1” 固定	
3	口座情報 金融機関コード 金融機関名 金融機関支店コード 金融機関支店名 口座種目 口座種目名 (略語) 口座番号 口座名義人 (カナ)	数字	4	受給者の口座の金融機関コードを出力する	1	
4		漢字	30	受給者の口座の金融機関名を出力する		
5		数字	3	受給者の口座の金融機関支店コードを出力する	1	
6		漢字	40	受給者の口座の金融機関支店名を出力する		
7		数字	1	受給者の口座の口座種目を出力する	1	
8		英数	1	受給者の口座の口座種目名 (略語) を出力する	半角カタカナ 普通 : J 当座 : T その他 : Y	
9		数字	7	受給者の口座の口座番号を出力する	1	
10		英数	40	受給者の口座の口座名義人 (カナ) を出力する	半角カタカナ	
11		振込金額	数字	9	受給者の口座への振込金額を出力する	S
12		被保険者番号	英字	10	被保険者番号を出力する	1

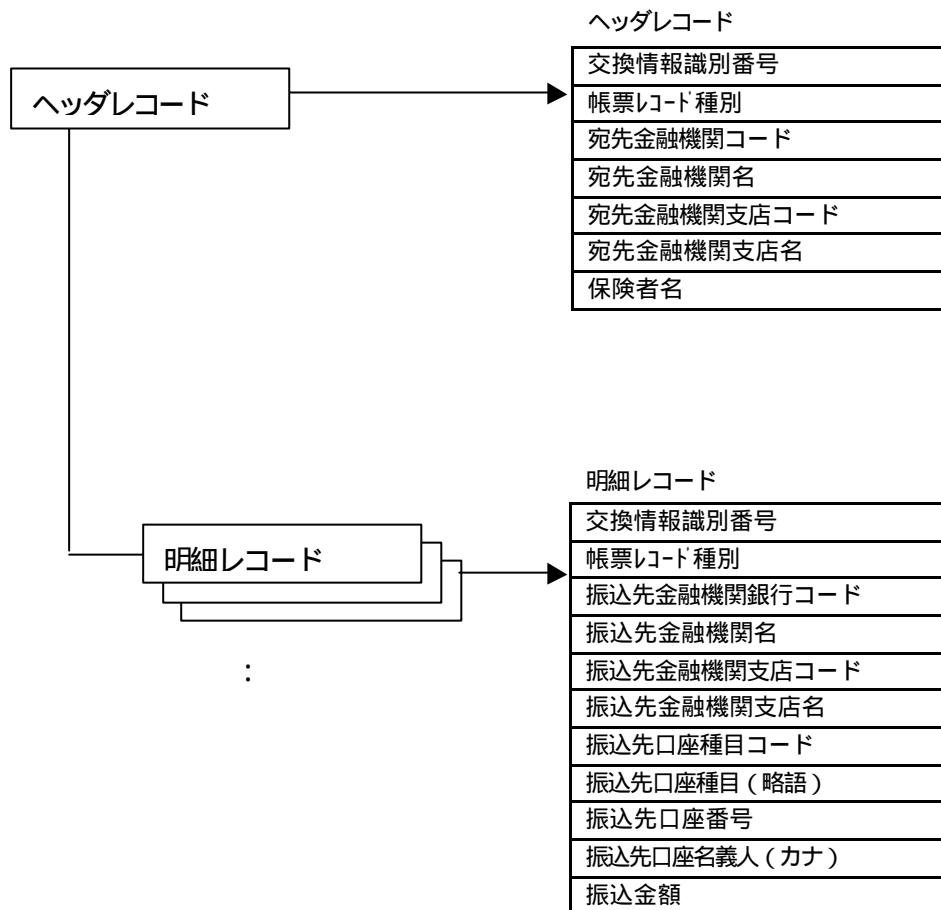
1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、S が付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

振込依頼書（高額）情報



3.3.7 各種支払支援処理情報（出力情報）

（1） 振込データ情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	データ区分	数字	1	1・・・ヘッダレコード	
2	種別コード	数字	2	21・・・総合振込	
3	コード区分	数字	1	0・・・JIS	
4	振込依頼人コード	数字	10	銀行が採番した振込依頼人識別のためのコード	
5	振込依頼人名	英数	40	カナ文字および英数字	
6	取組日	数字	4	取組日（MMDD） 銀行営業日	
7	仕向銀行番号	数字	4	取引銀行番号（統一金融機関番号）	
8	仕向銀行名	英数	15	取引銀行名（カナ文字および英数字）	任意 省略時はスペース
9	仕向支店番号	数字	3	取引支店番号（統一店番号）	
10	仕向支店名	英数	15	取引支店名（カナ文字および英数字）	任意 省略時はスペース
11	預金種目（依頼人）	数字	1	1・・・普通預金 2・・・当座預金 9・・・その他	任意 省略時はスペース
12	口座番号（依頼人）	数字	7	振込依頼人の口座番号	任意 省略時はスペース
13	ダミー	英数	17	スペース	

・データレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	データ区分	数字	1	2・・・データレコード	
2	被仕向銀行番号	数字	4	振込先銀行番号（統一金融機関番号）	
3	被仕向銀行名	英数	15	振込先銀行名（カナ文字および英数字）	任意 省略時はスペース
4	被仕向支店番号	数字	3	振込先支店番号（統一店番号）	
5	被仕向支店名	英数	15	振込先支店名（カナ文字および英数字）	任意 省略時はスペース
6	手形交換所番号	数字	4		任意 省略時はスペース
7	預金種目	数字	1	1・・・普通預金 2・・・当座預金 9・・・その他	
8	口座番号	数字	7	受取人の口座番号	
9	受取人名	英数	30	カナ文字および英数字	
10	振込金額	数字	10	数字	S
11	新規コード	数字	1	1・・・第1回振込分 2・・・変更分（被仕向銀行・支店、預金種目・口座番号） 0・・・その他	
12	顧客コード1	数字	10	依頼人が定めた受取人識別のためのコード	任意 省略時はスペース
13	顧客コード2	数字	10		
14	振込指定区分	数字	1	7・・・テレ振込 8・・・文書振込	任意 省略時はスペース
15	識別表示	英数	1	「Y」またはスペース	
16	ダミー	英数	7	スペース	

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

・トレーラレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	データ区分	数字	1	8・・・トレーラレコード	
2	合計件数	数字	6	データレコードの合計件数	S
3	合計金額	数字	12	データレコードの合計金額	S
4	ダミー	英数	101	スペース	

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

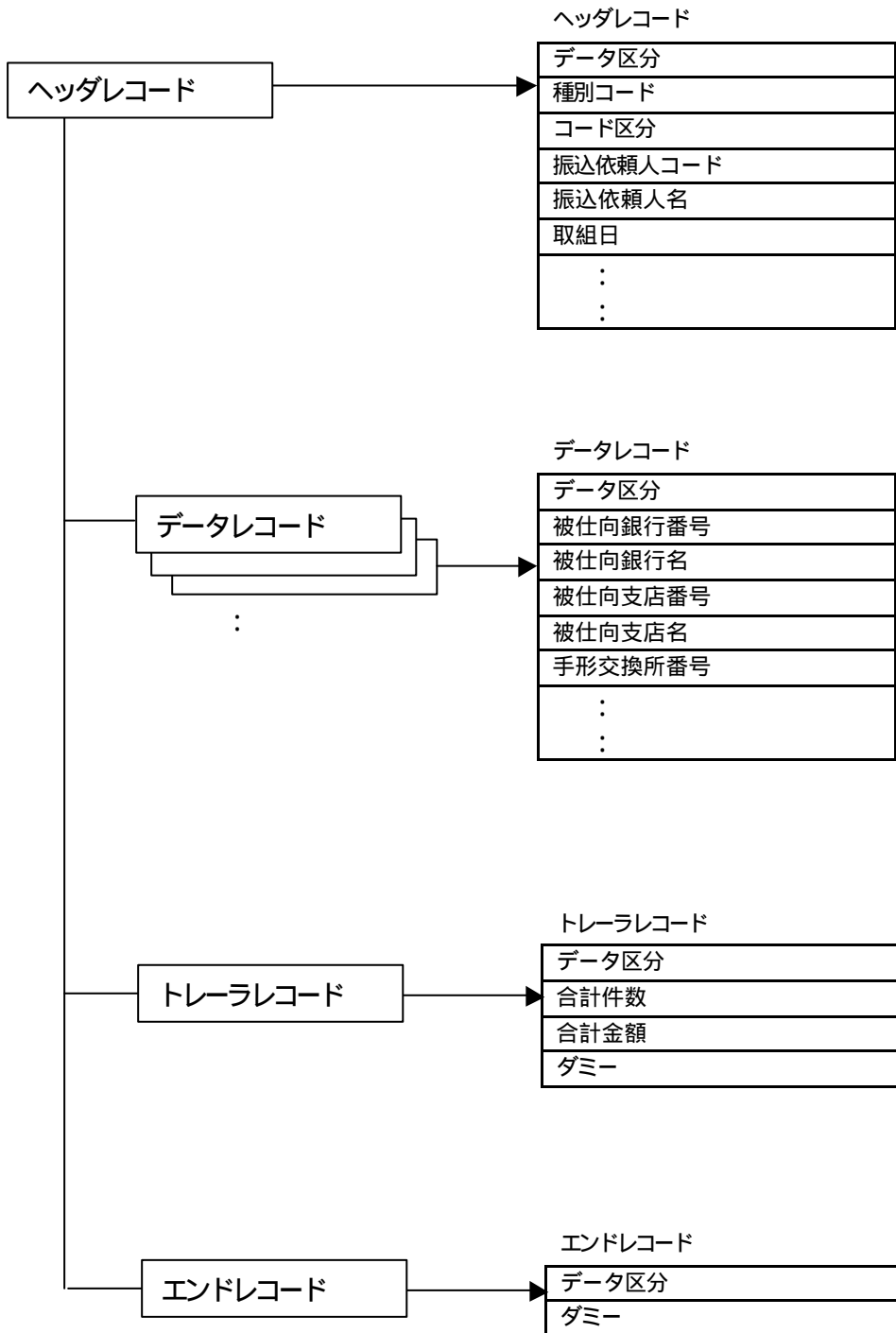
なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

・エンドレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	データ区分	数字	1	9・・・エンドレコード	
2	ダミー	英数	119	スペース	

レコード構成図

振込データ情報



(2) 払込請求書情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(3) 振込者一覧表情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3931” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1” 固定
3	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

2 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照。(P.1031)

・明細レコード(複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3931” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1” 固定
3	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
4	被保険者氏名(カナ)	英数	40	被保険者氏名(カナ)を出力する	半角カタカナ
5	金融機関コード	数字	4	受給者の口座の金融機関コードを出力する	1
6	金融機関名	漢字	30	受給者の口座の金融機関名を出力する	
7	金融機関支店コード	数字	3	受給者の口座の金融機関支店コードを出力する	1
8	金融機関支店名	漢字	40	受給者の口座の金融機関支店名を出力する	
9	口座種目	数字	1	受給者の口座の口座種目を出力する	1
10	口座種目名	漢字	6	受給者の口座の口座種目名を出力する	
11	口座番号	数字	7	受給者の口座の口座番号を出力する	1
12	口座名義人(カナ)	英数	40	受給者の口座の口座名義人(カナ)を出力する	半角カタカナ
13	振込金額	数字	9	受給者の口座への振込金額を出力する	S
14	備考	漢字	40	償還または高額の違いを出力する	

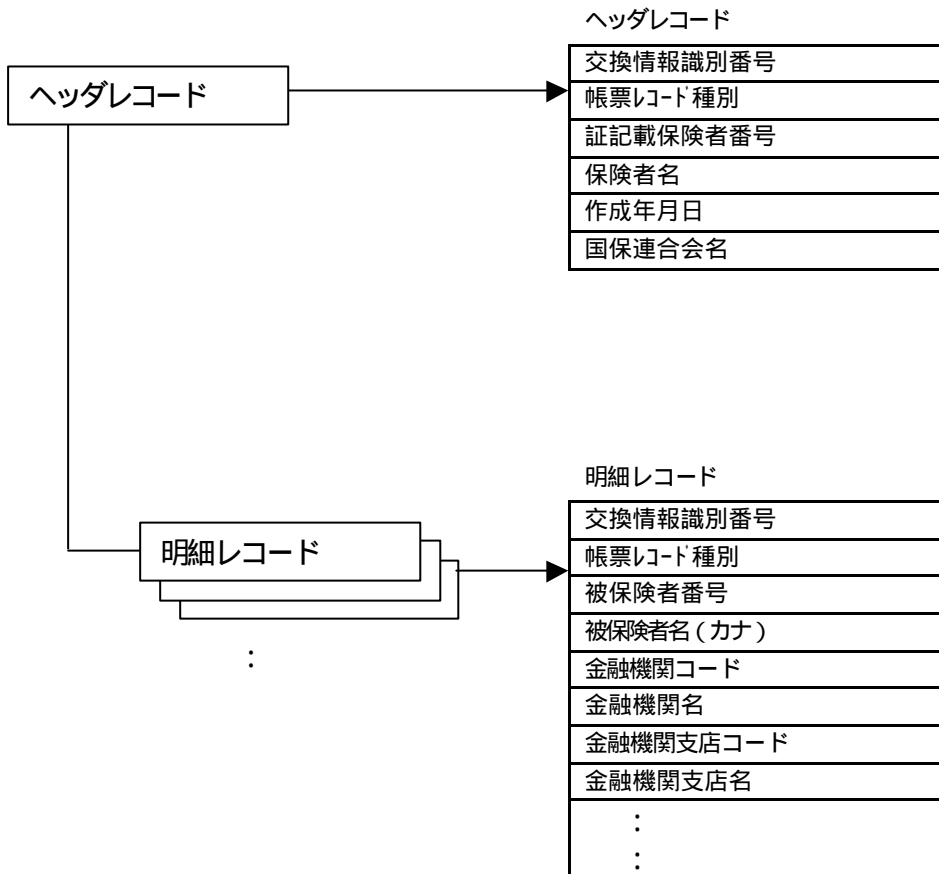
1 「64 コード一覧」参照。(P.1024)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

振込者一覧表情報



(4) 指定金融機関別集計書情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(5) 振込不能者一覧表情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込不能者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3941” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1” 固定
3	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

2 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照。(P.1031)

・明細レコード(複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込不能者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3941” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1” 固定
3	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
4	被保険者氏名(カナ)	英数	25	被保険者氏名(カナ)を出力する	半角カタカナ
5	金融機関コード	数字	4	受給者の口座の金融機関コードを出力する	1
6	金融機関名	漢字	30	受給者の口座の金融機関名を出力する	
7	金融機関支店コード	数字	3	受給者の口座の金融機関支店コードを出力する	1
8	金融機関支店名	漢字	40	受給者の口座の金融機関支店名を出力する	
9	口座種目	数字	1	受給者の口座の口座種目を出力する	1
10	口座種目名	漢字	6	受給者の口座の口座種目名を出力する	
11	口座番号	数字	7	受給者の口座の口座番号を出力する	
12	口座名義人(カナ)	英数	40	受給者の口座の口座名義人(カナ)を出力する	半角カタカナ
13	振込金額	数字	9	受給者の口座への振込金額を出力する	S
14	備考	漢字	40	振込不能理由等を出力する	

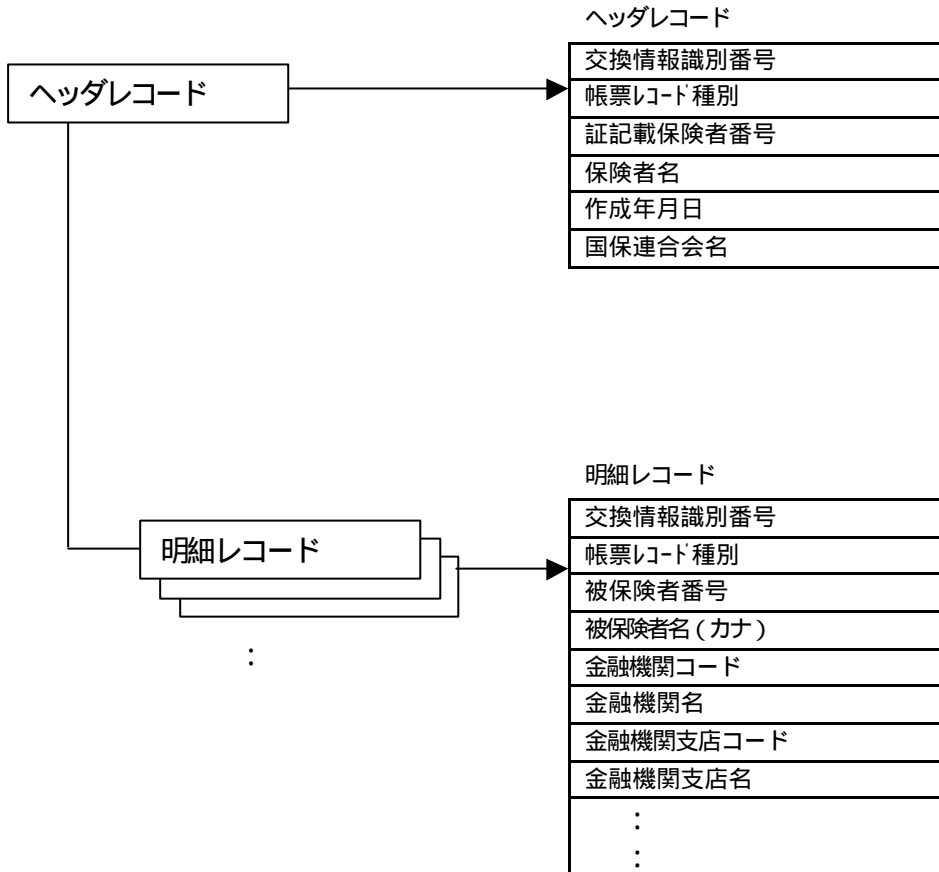
1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

振込不能者一覧表情報



(6) 振込依頼書(戻入)情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

3.3.8 主治医意見書料支払処理情報（入力情報）

（1） 主治医意見書作成料請求書情報

帳票のみの入力情報であるため、項目を記載していません

（2） 主治医意見書料支払一覧表情報

・基本情報レコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	主治医意見書料支払一覧表情報の交換情報識別番号を設定する。	“3A21” 固定
2	レコード種別コード	数字	1	レコード種別コードを設定する	‘1’ 固定
3	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を設定する	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を設定する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を設定する	

1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

2 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照。(P.1031)

・明細レコード(複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	主治医意見書料支払一覧表情報の交換情報識別番号を設定する	“3A21” 固定
2	レコード種別コード	数字	1	レコード種別コードを設定する	‘2’ 固定
3	事業所番号	数字	10	事業所番号を設定する	1
4	事業所名(漢字)	漢字	40	事業所名(漢字)を設定する	
5	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する	1
6	作成依頼年月日	数字	8	意見書の作成依頼年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	2
7	意見書作成年月日	数字	8	意見書の作成年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	2
8	意見書送付年月日	数字	8	意見書の送付年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	2
9	請求額	数字	8	請求額を設定する	S
10	消費税額	数字	8	請求額の消費税額を設定する	S
11	支払額	数字	8	支払額を設定する	S
12	消費税額	数字	8	支払額の消費税額を設定する	S
13	備考	漢字	40	請求額修正理由等を設定する	

1 「64 コード一覧」参照。(P.1024)

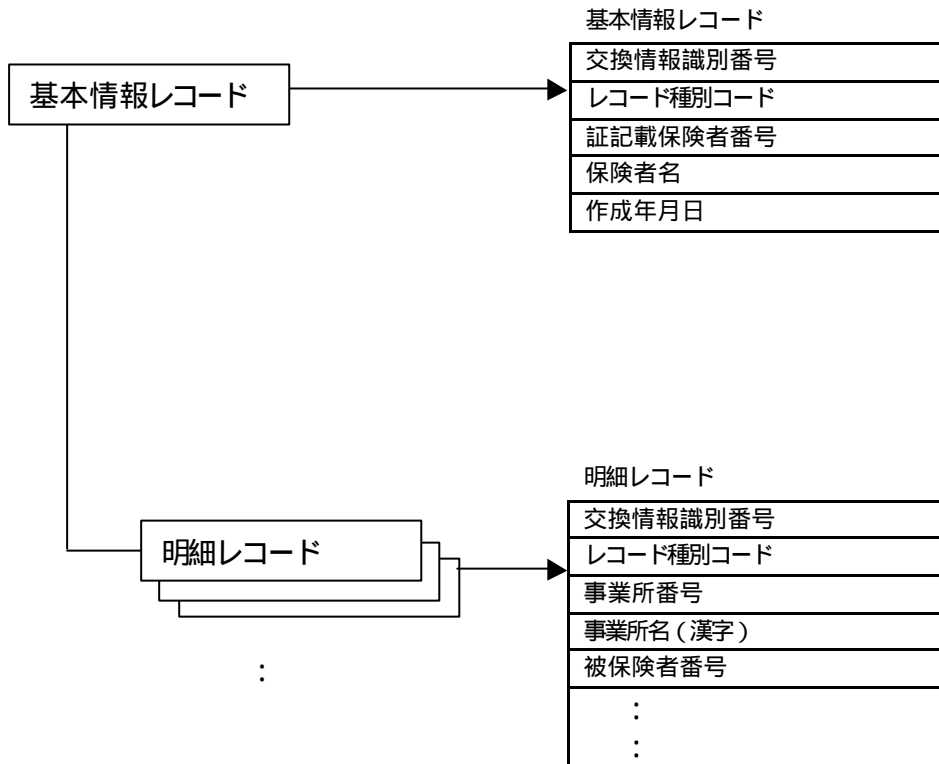
2 「65 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.1031)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

主治医意見書料支払一覧表情報



3.3.9 主治医意見書料支払処理（出力情報）

（1）主治医意見書料支払一覧表情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	主治医意見書料支払一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3A11” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する。	“H1” 固定
3	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

2 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照(P.1031)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	主治医意見書料支払一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3A11” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1” 固定
3	事業所番号	数字	10	事業所番号を出力する	1
4	事業所名（漢字）	漢字	40	事業所名（漢字）を出力する	
5	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
6	作成依頼年月日	数字	8	意見書の作成依頼年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
7	意見書作成年月日	数字	8	意見書の作成年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
8	意見書送付年月日	数字	8	意見書の送付年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
9	請求額	数字	8	請求額を出力する	S
10	消費税額	数字	8	請求額の消費税額を出力する	S
11	支払額	数字	8	支払額を出力する	S
12	消費税額	数字	8	支払額の消費税額を出力する	S
13	備考	漢字	40	種別（在宅、施設）等を出力する	

1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

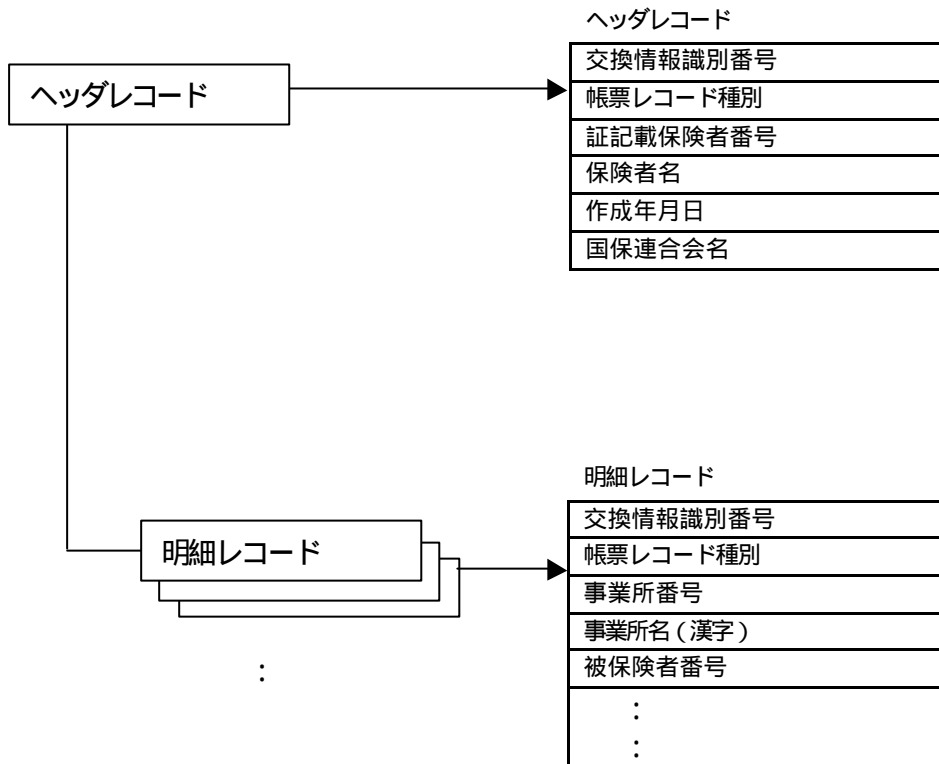
2 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照。(P.1031)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

主治医意見書料支払一覧表情報



3.3.10 認定調査委託料支払処理情報（入力情報）

（１） 認定調査委託料支払一覧表情報

・基本情報レコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	認定調査委託料支払一覧表情報の交換情報識別番号を設定する	“3B11” 固定
2	レコード種別コード	数字	1	レコード種別コードを設定する	‘1’ 固定
3	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を設定する	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を設定する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	2

1 「6.4 コード一覧」参照。（P.1024）

2 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照。（P.1031）

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	認定調査委託料支払一覧表情報の交換情報識別番号を設定する	“3B11” 固定
2	レコード種別コード	数字	1	レコード種別コードを設定する	‘2’ 固定
3	事業所番号	数字	10	事業所番号を設定する	1
4	事業所名（漢字）	漢字	40	事業所名（漢字）を設定する	
5	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する	1
6	調査依頼年月日	数字	8	認定調査の依頼年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	2
7	調査実施年月日	数字	8	認定調査の実施年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	2
8	調査票受領年月日	数字	8	認定調査票の受領年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	2
9	請求額	数字	8	請求額を設定する	S
10	消費税額	数字	8	請求額の消費税額を設定する	S
11	支払額	数字	8	支払額を設定する	S
12	消費税額	数字	8	支払額の消費税額を設定する	S
13	備考	漢字	40	請求額修正理由等を設定する	

1 「6.4 コード一覧」参照。（P.1024）

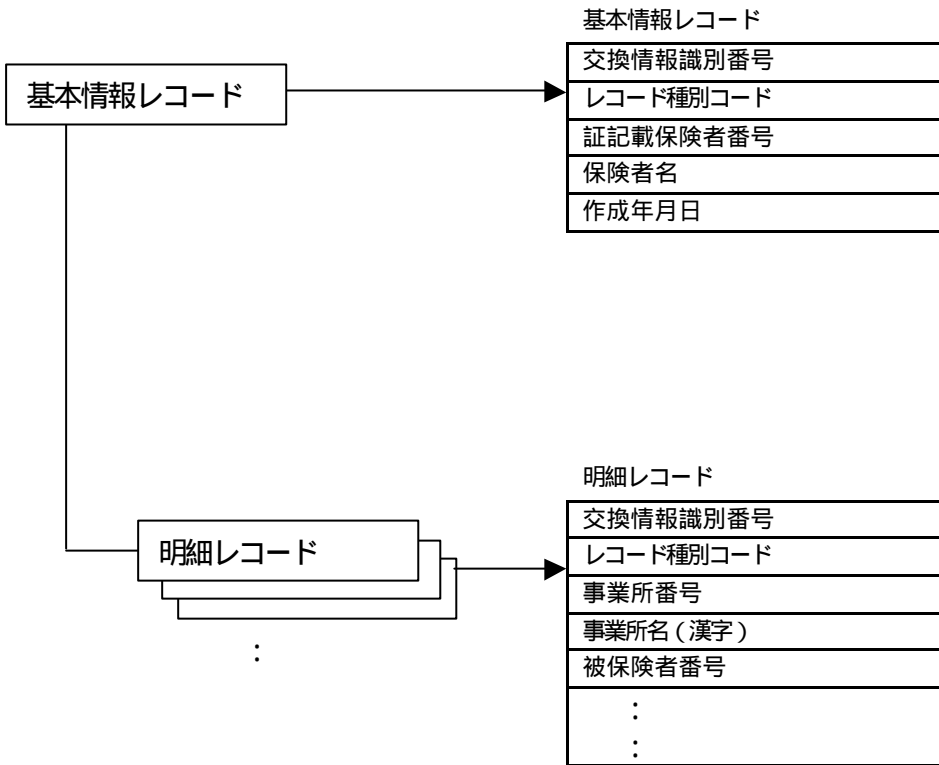
2 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照。（P.1031）

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

認定調査委託料支払一覧表情報



3.3.1.1 共同処理用市町村特別給付情報（入力情報）

(1)共同処理用市町村特別給付異動連絡票情報

帳票のみの入力情報であるため、項目を記載していません

(2)共同処理用市町村特別給付訂正連絡票情報

帳票のみの入力情報であるため、項目を記載していません

3.3.12 共同処理用市町村特別給付情報（出力情報）

（1）共同処理用市町村特別給付更新結果情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

（2）共同処理用市町村特別給付情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

3.3.13 共同処理用市町村特別給付事業所情報（入力情報）

(1)共同処理用市町村特別給付事業所異動連絡票情報（基本情報）

帳票のみの入力情報であるため、項目を記載していません

(2)共同処理用市町村特別給付事業所異動連絡票情報（サービス情報）

帳票のみの入力情報であるため、項目を記載していません

(3)共同処理用市町村特別給付事業所訂正連絡票情報（基本情報）

帳票のみの入力情報であるため、項目を記載していません

(4)共同処理用市町村特別給付事業所訂正連絡票情報（サービス情報）

帳票のみの入力情報であるため、項目を記載していません

3.3.14 共同処理用市町村特別給付事業所情報（出力情報）

(1)共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果情報（基本情報）

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(2)共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果情報（サービス情報）

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(3)共同処理用市町村特別給付事業所情報（基本情報）

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(4)共同処理用市町村特別給付事業所情報（サービス情報）

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

3.3.15 共同処理用保険者情報（入力情報）

(1)共同処理用保険者異動連絡票情報（基本情報）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力 ¹		備考	
					新規	変更		
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用保険者異動連絡票情報の識別番号を設定する			“5A11”固定	
2	異動年月日	数字	8	保険者の変更等が生じた年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する			2	
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを設定する			1:新規 2:変更	
4	異動事由	数字	2	共同処理用保険者情報の異動事由を設定する			01(固定値)	
5	保険者番号	数字	6	保険者番号を設定する			3	
6	口座情報	金融機関コード	数字	4	保険者の口座の金融機関コードを設定する		3	償還払給付額管理処理または高額介護サービス費支給処理を委託した場合、必須
7		金融機関支店コード	数字	3	保険者の口座の金融機関支店コードを設定する		3	
8		口座種目	数字	1	保険者の口座の口座種目を設定する		3	
9		口座番号	数字	7	保険者の口座の口座番号を設定する		3	
10		口座名義人（カナ）	英数	40	保険者の口座の口座名義人（カナ）を設定する			
11		振込依頼人コード	数字	10	銀行が採番した振込依頼人識別のためのコードを設定する			
12	問い合わせ先情報	郵便番号	数字	7	問い合わせ先の郵便番号を設定する			
13		電話番号	英数	12	問い合わせ先の電話番号を設定する			
14		住所（カナ）	英数	75	問い合わせ先の住所（カナ）を設定する			
15		住所（漢字）	漢字	128	問い合わせ先の住所（漢字）を設定する			
16		名称1	漢字	40	問い合わせ先の市区町村名等を設定する			
17		名称2	漢字	40	問い合わせ先の部署名等を設定する			
18		備考	漢字	80	問い合わせ先の備考を設定する			

1 異動区分コードにより入力必須項目が異なる。（：必須）

2 「6.5 留意事項：「年月日」欄」を参照。(P.1031)

3 「6.4 コード一覧」を参照。(P.1024)

(2)共同処理用保険者異動連絡票情報（償還払給付額管理処理情報）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力 ¹		備考
					新規	変更	
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用保険者異動連絡票情報の識別番号を設定する			“5B11”固定
2	保険者番号	数字	6	保険者番号を設定する			3
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを設定する			1:新規 2:変更
4	異動年月日	数字	8	保険者の変更等が生じた年月日（西暦年月日(YYYYMMDD)）を設定する			2
5	異動事由	数字	2	共同処理用保険者情報の異動事由を設定する			01(固定値)
6	居宅介護福祉用具購入費支給限度基準額	数字	7	居宅介護福祉用具購入費支給限度基準額を設定する			S
7	居宅介護住宅改修費支給限度基準額	数字	8	居宅介護住宅改修費支給限度基準額を設定する			S
8	居宅支援福祉用具購入費支給限度基準額	数字	7	居宅支援福祉用具購入費支給限度基準額を設定する			S
9	居宅支援住宅改修費支給限度基準額	数字	8	居宅支援住宅改修費支給限度基準額を設定する			S

1 異動区分コードにより入力必須項目が異なる。（：必須）

2 「6.5 留意事項：「年月日」欄」を参照。(P.1031)

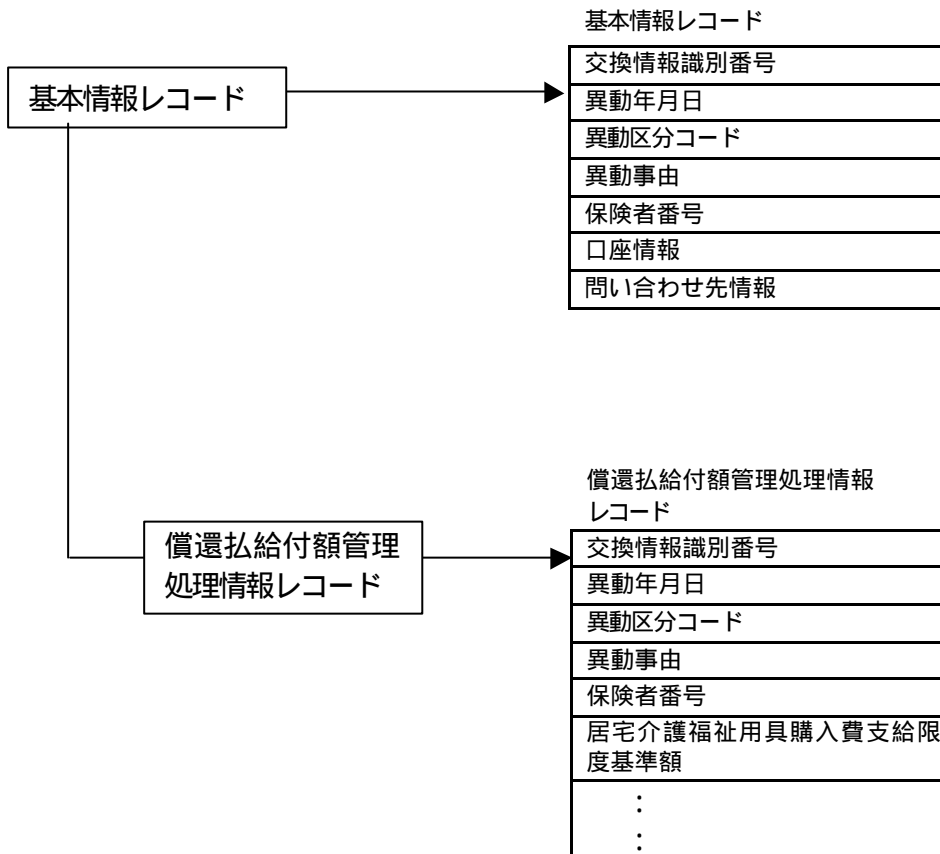
3 「6.4 コード一覧」を参照。(P.1024)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

共同処理用保険者異動連絡票情報



(3)共同処理用保険者訂正連絡票情報（基本情報）

帳票のみの入力情報であるため、項目を記載していません

(4)共同処理用保険者訂正連絡票情報（償還払給付額管理処理情報）

帳票のみの入力情報であるため、項目を記載していません

3.3.16 共同処理用保険者情報（出力情報）

(1)共同処理用保険者情報更新結果情報（基本情報）

項番	項目	属性	バイト数	内容	備考	
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用保険者情報更新結果情報の識別番号を出力する	“5A31”固定	
2	異動年月日	数字	8	保険者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1	
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更	
4	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1	
5	訂正区分コード	数字	1	訂正区分コードを出力する	2	
6	異動事由	数字	2	共同処理用保険者情報の異動事由を出力する	2	
7	保険者番号	数字	6	保険者番号を出力する	2	
8	口座情報	金融機関コード	数字	4	保険者の口座の金融機関コードを出力する	2
9		金融機関支店コード	数字	3	保険者の口座の金融機関支店コードを出力する	2
10		口座種目	数字	1	保険者の口座の口座種目を出力する	2
11		口座番号	数字	7	保険者の口座の口座番号を出力する	2
12		口座名義人(カナ)	英数	40	保険者の口座の口座名義人(カナ)を出力する	
13		振込依頼人コード	数字	10	銀行が採番した振込依頼人識別のためのコードを出力する	
14	問い合わせ先情報	郵便番号	数字	7	問い合わせ先の郵便番号を出力する	
15		住所(カナ)	英数	75	問い合わせ先の住所(カナ)を出力する	
16		住所(漢字)	漢字	128	問い合わせ先の住所(漢字)を出力する	
17		電話番号	英数	12	問い合わせ先の電話番号を出力する	
18		名称1	漢字	40	問い合わせ先の市区町村名等を出力する	
19		名称2	漢字	40	問い合わせ先の部署名等を出力する	
20		備考	漢字	80	問い合わせ先の備考を出力する	

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」を参照。(P.1031)

2 「6.4 コード一覧」を参照。(P.1024)

(2)共同処理用保険者情報更新結果情報（償還払給付額管理処理情報）

項番	項目	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用保険者情報更新結果情報の識別番号を出力する	“5B31” 固定
2	異動年月日	数字	8	保険者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更
4	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1
5	訂正区分コード	数字	1	訂正区分コードを出力する	2
6	異動事由	数字	2	共同処理用保険者情報の異動事由を出力する	2
7	保険者番号	数字	6	保険者番号を出力する	2
8	居宅介護福祉用具購入費支給限度基準額	数字	7	居宅介護福祉用具購入費支給限度基準額を出力する	S
9	居宅介護住宅改修費支給限度基準額	数字	8	居宅介護住宅改修費支給限度基準額を出力する	S
10	居宅支援福祉用具購入費支給限度基準額	数字	7	居宅支援福祉用具購入費支給限度基準額を出力する	S
11	居宅支援住宅改修費支給限度基準額	数字	8	居宅支援住宅改修費支給限度基準額を出力する	S

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」を参照。(P.1031)

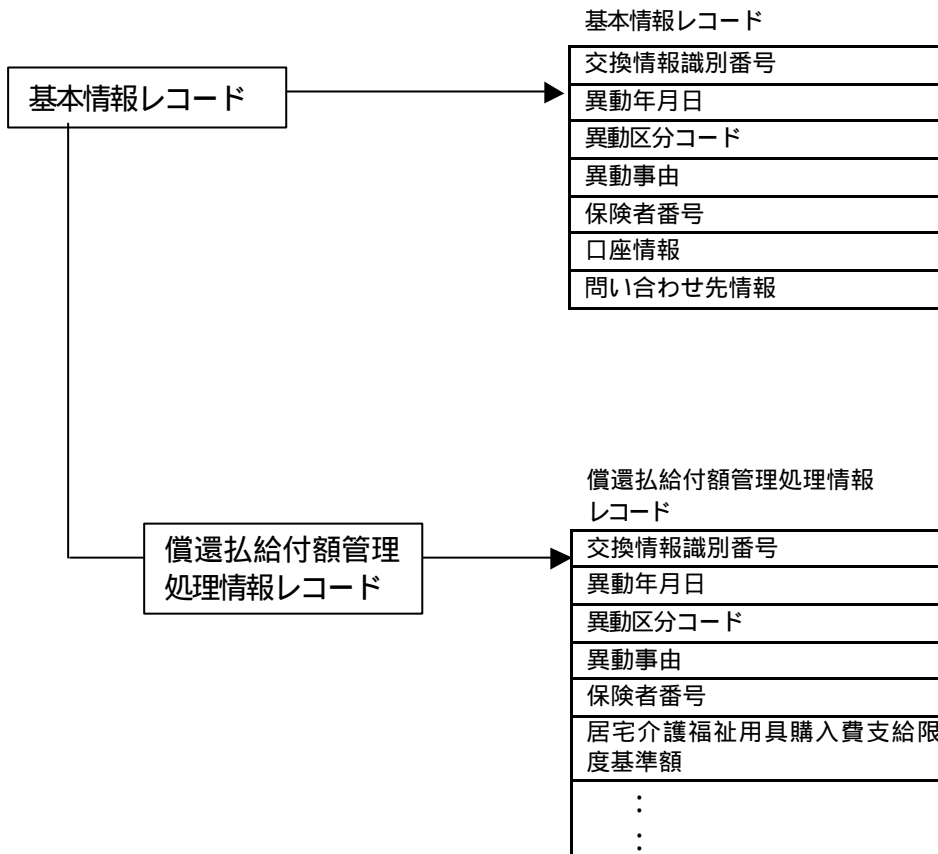
2 「6.4 コード一覧」を参照。(P.1024)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

共同処理用保険者情報更新結果情報



(3)共同処理用保険者情報（基本情報）

項番	項目	属性	バイト数	内容	備考	
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用保険者情報の識別番号を出力する	“5A41”固定	
2	異動年月日	数字	8	保険者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1	
3	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1	
4	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更	
5	異動事由	数字	2	共同処理用保険者情報の異動事由を出力する	2	
6	保険者番号	数字	6	保険者番号を出力する	2	
7	口座情報	金融機関コード	数字	4	保険者の口座の金融機関コードを出力する	2
8		金融機関支店コード	数字	3	保険者の口座の金融機関支店コードを出力する	2
9		口座種目	数字	1	保険者の口座の口座種目を出力する	2
10		口座番号	数字	7	保険者の口座の口座番号を出力する	2
11		口座名義人(カナ)	英数	40	保険者の口座の口座名義人(カナ)を出力する	
12		振込依頼人コード	数字	10	銀行が採番した振込依頼人識別のためのコードを出力する	
13	問い合わせ先情報	郵便番号	数字	7	問い合わせ先の郵便番号を出力する	
14		電話番号	英数	12	問い合わせ先の電話番号を出力する	
15		住所(カナ)	英数	75	問い合わせ先の住所(カナ)を出力する	
16		住所(漢字)	漢字	128	問い合わせ先の住所(漢字)を出力する	
17		名称1	漢字	40	問い合わせ先の市区町村名等を出力する	
18		名称2	漢字	40	問い合わせ先の部署名等を出力する	
19		備考	漢字	80	問い合わせ先の備考を出力する	

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」を参照。(P.1031)

2 「6.4 コード一覧」を参照。(P.1024)

(4)共同処理用保険者情報（償還払給付額管理処理情報）

項番	項目	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用保険者情報の識別番号を出力する	“5B41” 固定
2	異動年月日	数字	8	保険者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1
3	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1
4	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更
5	異動事由	数字	2	共同処理用保険者情報の異動事由を出力する	2
6	保険者番号	数字	6	保険者番号を出力する	2
7	居宅介護福祉用具購入費支給限度基準額	数字	7	居宅介護福祉用具購入費支給限度基準額を出力する	S
8	居宅介護住宅改修費支給限度基準額	数字	8	居宅介護住宅改修費支給限度基準額を出力する	S
9	居宅支援福祉用具購入費支給限度基準額	数字	7	居宅支援福祉用具購入費支給限度基準額を出力する	S
10	居宅支援住宅改修費支給限度基準額	数字	8	居宅支援住宅改修費支給限度基準額を出力する	S

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」を参照。(P.1031)

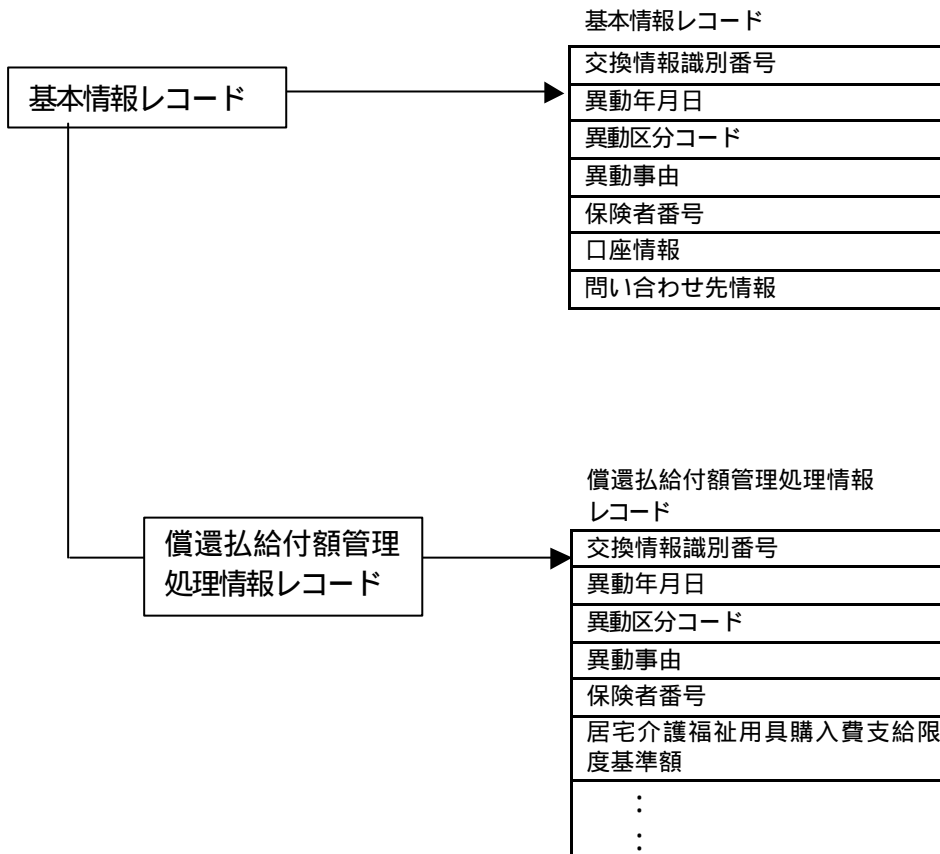
2 「6.4 コード一覧」を参照。(P.1024)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

共同処理用保険者情報



3.3.17 共同処理用受給者情報（入力情報）

(1)共同処理用受給者異動連絡票情報（基本情報）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力 ¹		備考
					新規	変更	
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用受給者異動連絡票情報の識別番号を設定する			“5C11” 固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する			2
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを設定する			1:新規 2:変更
4	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を設定する			3
5	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を設定する			3
6	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する			3
7	被保険者氏名（漢字）	漢字	40	被保険者氏名（漢字）を設定する			
8	郵便番号	数字	7	被保険者の郵便番号を設定する			
9	住所（カナ）	英数	75	被保険者の住所（カナ）を設定する			
10	住所（漢字）	漢字	128	被保険者の住所（漢字）を設定する			
11	電話番号	英数	12	被保険者の電話番号を設定する			
12	帳票出力順序コード	英数	3	市町村コード等の任意のコードを設定する 帳票出力のソートで使用する			

1 異動区分コードにより入力必須項目が異なる。（ :必須）

2 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照(P.1031)

3 「6.4 コード一覧」参照(P.1024)

(2)共同処理用受給者異動連絡票情報（償還払給付額管理処理情報）

(複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力 ¹		備考
					新規	変更	
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用受給者異動連絡票情報の識別番号を設定する			“5D11”固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日（西暦年月日(YYYYMMDD)）を設定する			2
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを設定する			1:新規 2:変更
4	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を設定する			3
5	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を設定する			3
6	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する			3
7	保険給付支払の一時差止の開始年月日	数字	8	保険給付支払の一時差止を開始した年月日（西暦年月日(YYYYMMDD)）を設定する			2
8	保険給付支払の一時差止の終了年月日	数字	8	保険給付支払の一時差止を終了した年月日（西暦年月日(YYYYMMDD)）を設定する			2
9	保険給付支払の一時差止区分コード	数字	1	保険給付支払の一時差止の区分コードを設定する			1:非対象 2:一部サービス対象 3:全サービス対象
10	保険給付支払の一時差止の対象サービス種類コード	数字	2	保険給付支払の一時差止の対象サービス種類コードを設定する	一時差止区分コードが“2”の場合、必須		3

1 異動区分コードにより入力必須項目が異なる。（ :必須）

2 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照(P.1031)

3 「6.4 コード一覧」参照(P.1024)

(3)共同処理用受給者異動連絡票情報（高額介護サービス費支給処理情報）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力 ¹		備考
					新規	変更	
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用受給者異動連絡票情報の識別番号を設定する			“5E11”固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する			2
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを設定する			1:新規 2:変更
4	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を設定する			3
5	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を設定する			3
6	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する			3
7	世帯主被保険者番号（世帯集約番号）	英数	10	世帯主被保険者番号を設定する 世帯合算で使用する			
8	世帯所得区分コード	数字	1	世帯の所得区分コードを設定する			3
9	所得区分コード	数字	1	個人の所得区分コードを設定する			3
10	老齢福祉年金受給の有無	数字	1	老齢福祉年金受給の有無を設定する			1:受給無し 2:受給有り

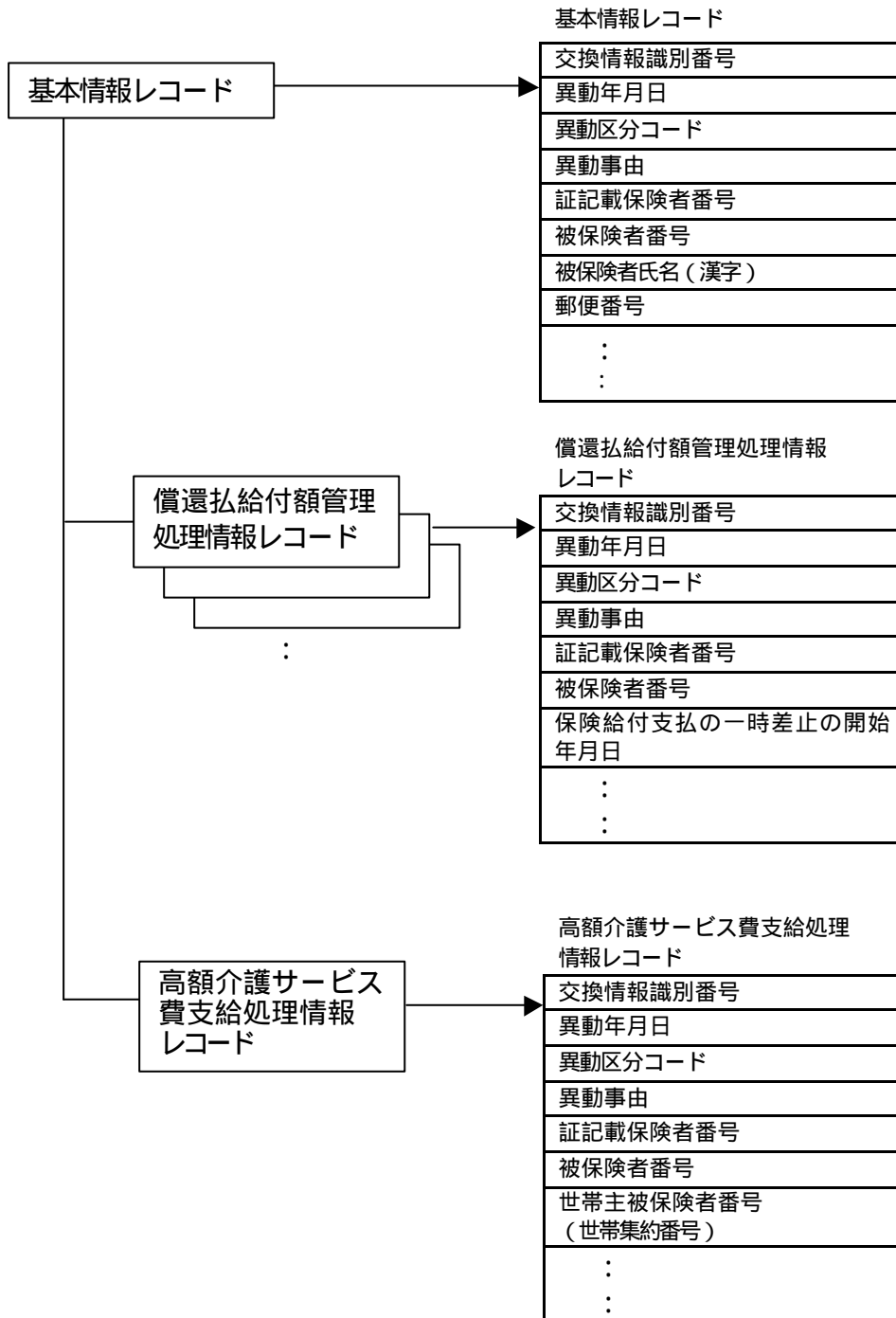
1 異動区分コードにより入力必須項目が異なる。（ :必須）

2 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照(P.1031)

3 「6.4 コード一覧」参照(P.1024)

レコード構成図

共同処理用受給者異動連絡票情報



(4)共同処理用受給者訂正連絡票情報（基本情報）

帳票のみの入力情報であるため、項目を記載していません

(5)共同処理用受給者訂正連絡票情報（償還払給付額管理処理情報）

帳票のみの入力情報であるため、項目を記載していません

(6)共同処理用受給者訂正連絡票情報（高額介護サービス費支給処理情報）

帳票のみの入力情報であるため、項目を記載していません

3.3.18 共同処理用受給者情報（出力情報）

(1)共同処理用受給者情報更新結果情報（基本情報）

項番	項目	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用受給者情報更新結果情報の識別番号を出力する	“5C31” 固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更
4	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1
5	訂正区分コード	数字	1	訂正区分コードを出力する	2
6	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を出力する	2
7	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	2
8	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	2
9	被保険者氏名(漢字)	漢字	40	被保険者氏名(漢字)を出力する	
10	電話番号	英数	12	被保険者の電話番号を出力する	
11	郵便番号	数字	7	被保険者の郵便番号を出力する	
12	住所(カナ)	英数	75	被保険者の住所(カナ)を出力する	
13	住所(漢字)	漢字	128	被保険者の住所(漢字)を出力する	
14	帳票出力順序コード	英数	3	市町村コード等の任意のコードを出力する	

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」を参照。(P.1031)

2 「6.4 コード一覧」を参照。(P.1024)

(2)共同処理用受給者情報更新結果情報（償還払給付額管理処理情報）

(複数レコード)

項番	項目	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用受給者情報更新結果情報の識別番号を出力する	“5D31” 固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更
4	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1
5	訂正区分コード	数字	1	訂正区分コードを出力する	2
6	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を出力する	2
7	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	2
8	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	2
9	保険給付支払の一時差止の開始年月日	英数	8	保険給付支払の一時差止を開始した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1
10	保険給付支払の一時差止の終了年月日	数字	8	保険給付支払の一時差止を終了した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1
11	保険給付支払の一時差止区分コード	数字	1	保険給付支払の一時差止の区分コードを出力する	1:非対象 2:一部サービス対象 3:全サービス対象
12	保険給付支払の一時差止の対象サービス種類コード	数字	2	保険給付支払の一時差止の対象サービス種類コードを出力する	2

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」を参照。(P.1031)

2 「6.4 コード一覧」を参照。(P.1024)

(3)共同処理用受給者情報更新結果情報（高額介護サービス費支給処理情報）

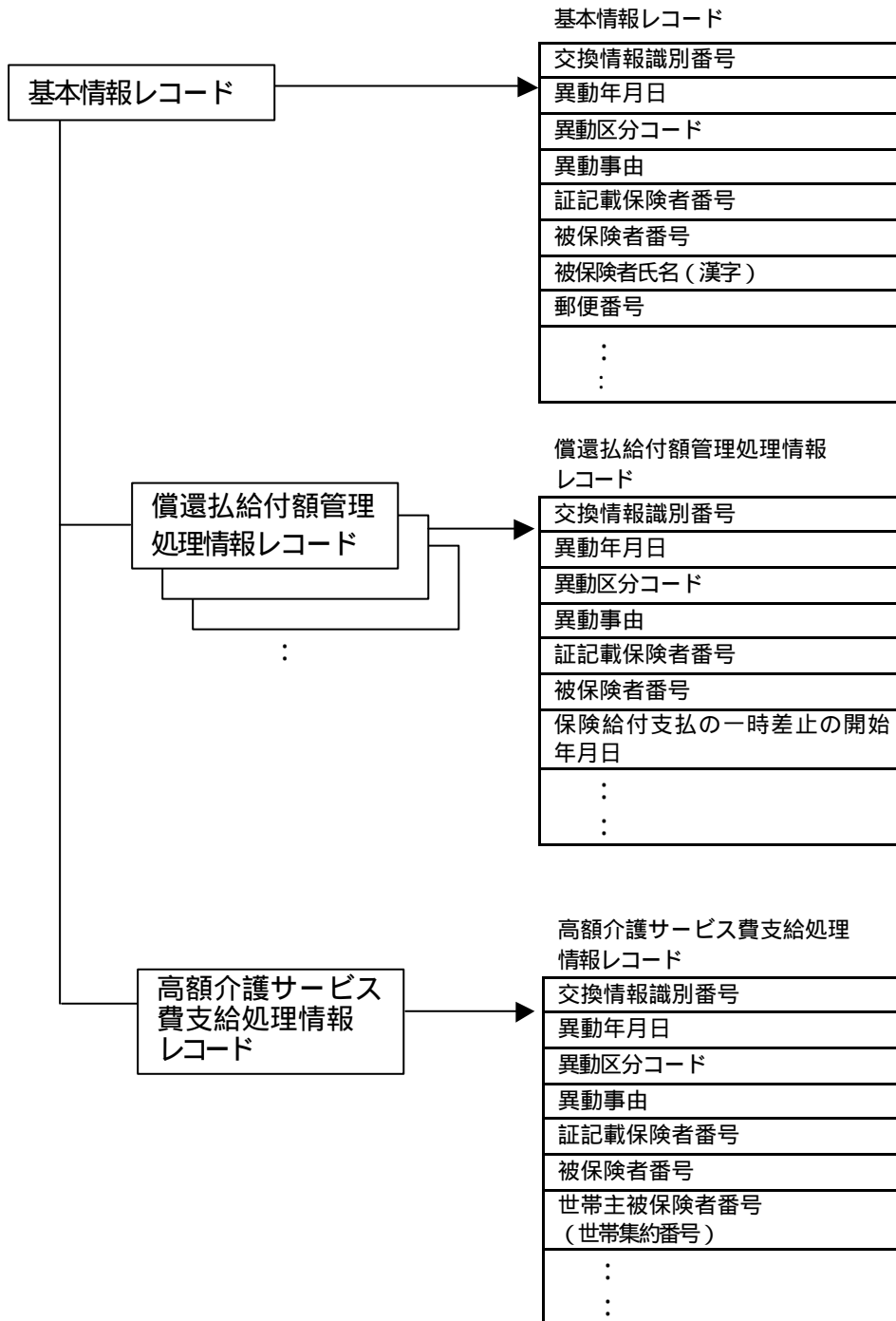
項番	項目	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用受給者情報更新結果情報の識別番号を出力する	“5E31” 固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更
4	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1
5	訂正区分コード	数字	1	訂正区分コードを出力する	2
6	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を出力する	2
7	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	2
8	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	2
9	世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	英数	10	世帯主被保険者番号を出力する	
10	世帯所得区分コード	数字	1	世帯の所得区分コードを出力する	2
11	所得区分コード	数字	1	個人の所得区分コードを出力する	2
12	老齢福祉年金受給の有無	数字	1	老齢福祉年金受給の有無を出力する	1:受給無し 2:受給有り

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」を参照。(P.1031)

2 「6.4 コード一覧」を参照。(P.1024)

レコード構成図

共同処理用受給者情報更新結果情報



(4)共同処理用受給者情報（基本情報）

項番	項目	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用受給者情報の識別番号を出力する	“5C41”固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1
3	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1
4	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更
5	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を出力する	2
6	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	2
7	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	2
8	被保険者氏名(漢字)	漢字	40	被保険者氏名(漢字)を出力する	
9	郵便番号	数字	7	被保険者の郵便番号を出力する	
10	住所(カナ)	英数	75	被保険者の住所(カナ)を出力する	
11	住所(漢字)	漢字	128	被保険者の住所(漢字)を出力する	
12	電話番号	英数	12	被保険者の電話番号を出力する	
13	帳票出力順序コード	英数	3	市町村コード等の任意のコードを出力する	

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」を参照。(P.1031)

2 「6.4 コード一覧」を参照。(P.1024)

(5)共同処理用受給者情報（償還払給付額管理処理情報）

（複数レコード）

項番	項目	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用受給者情報の識別番号を出力する	“5D41”固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	1
3	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を設定する	1
4	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを設定する	1:新規 2:変更
5	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を設定する	2
6	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を設定する	2
7	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する	2
8	保険給付支払の一時差止の開始年月日	数字	8	保険給付支払の一時差止を開始した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	1
9	保険給付支払の一時差止の終了年月日	数字	8	保険給付支払の一時差止を終了した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	1
10	保険給付支払の一時差止区分コード	数字	1	保険給付支払の一時差止の区分コードを設定する	1:非対象 2:一部サービス対象 3:全サービス対象
11	保険給付支払の一時差止の対象サービス種類コード	数字	2	保険給付支払の一時差止の対象サービス種類コードを設定する	2

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」を参照。(P.1031)

2 「6.4 コード一覧」を参照。(P.1024)

(6)共同処理用受給者情報（高額介護サービス費支給処理情報）

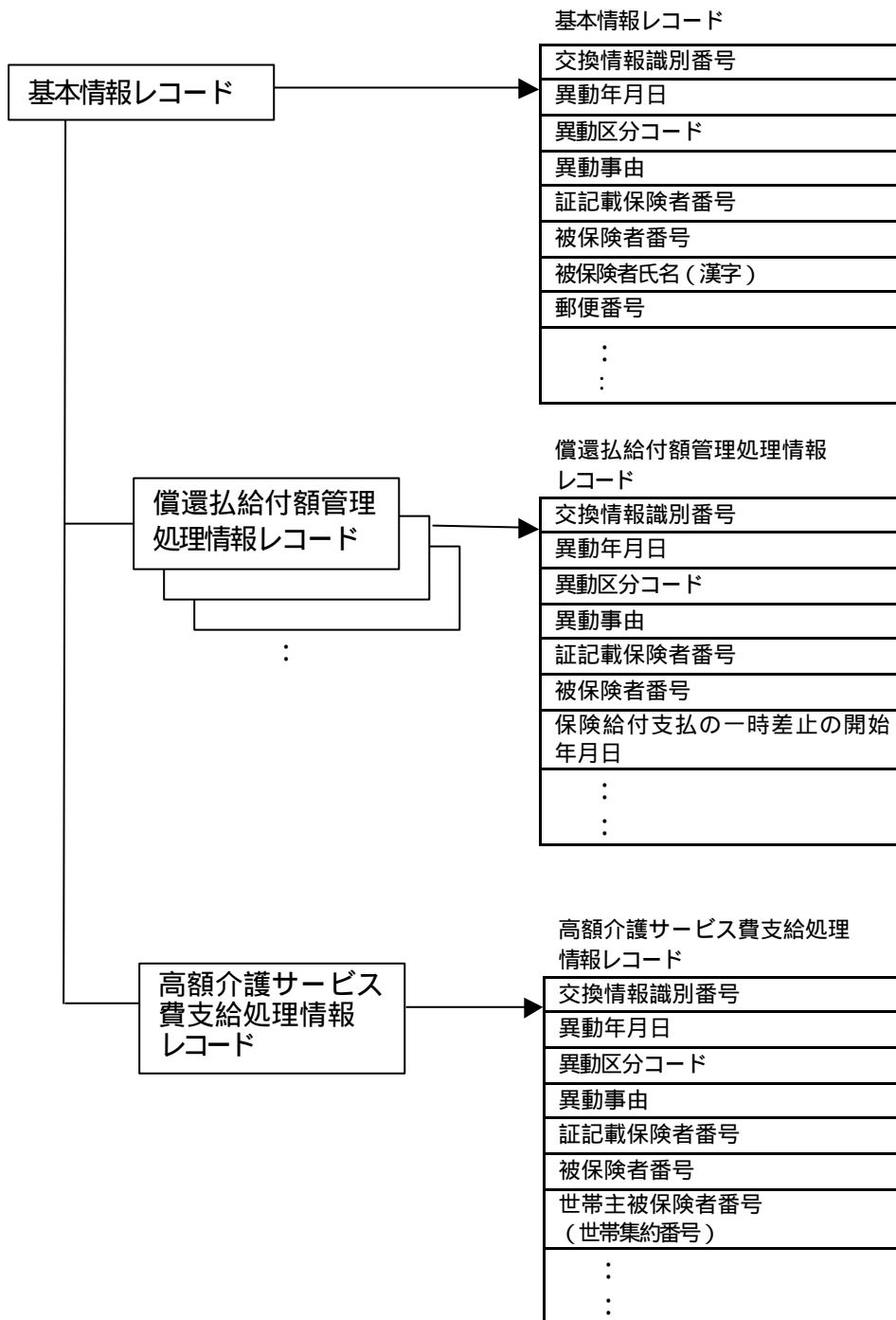
項番	項目	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用受給者情報の識別番号を出力する	“5E41” 固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1
3	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1
4	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更
5	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を出力する	2
6	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	2
7	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	2
8	世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	英数	10	世帯主被保険者番号を出力する	
9	世帯所得区分コード	数字	1	世帯の所得区分コードを出力する	2
10	所得区分コード	数字	1	個人の所得区分コードを出力する	2
11	老齢福祉年金受給の有無	数字	1	老齢福祉年金受給の有無を出力する	1:受給無し 2:受給有り

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」を参照。(P.1031)

2 「6.4 コード一覧」を参照。(P.1024)

レコード構成図

共同処理用受給者情報



3.4 国保連合会への委託について

3.4.1 給付系保険者事務共同処理における委託の相関関係

給付系保険者事務共同処理は、審査支払業務により構築される情報（給付実績、台帳情報等）及び給付系保険者事務共同処理の各業務により構築される情報（給付実績等）を基に行う業務である。したがって、審査支払業務委託が必須となるとともに、各業務を委託する形態として、個別の委託が可能な業務、同時委託が望ましい業務（同時委託しない場合、業務に制限が発生する業務）及び同時委託（または実績報告）が必須の業務に分類できる。

以下にその相関関係を示す。

同時委託業務 委託業務	要介護認定 更新支援 処理	償還払 給付額 管理処理	介護給付費 通知作成 処理	高額介護 サービス費 支給処理	市町村 特別給付等 支払処理	各種支払 支援処理	主治医 意見書料 支払処理	認定調査 委託料 支払処理
要介護認定更新支援処理								
償還払給付額管理処理								
介護給付費通知作成処理		1		2	3			
高額介護サービス費支給処理		4						
市町村特別給付等支払処理								
各種支払支援処理		5		6				
主治医意見書料支払処理								
認定調査委託料支払処理								

凡例： 同時委託（または実績報告）必須、 同時委託推奨

（1）要介護認定更新支援処理

- ・ 相関関係なし（個別の委託が可能）。

（2）償還払給付額管理処理

- ・ 相関関係なし（個別の委託が可能）。

（3）介護給付費通知作成処理

同時委託推奨業務

- ・ 償還払給付額管理処理 1

償還払給付額管理処理の委託を行わない場合、介護給付費通知書に償還払分の給付実績が反映されないこととなる。

- ・ 高額介護サービス費支給処理 2

高額介護サービス費支給処理の委託を行わない場合、介護給付費通知書に高額介護サービス費の給付実績が反映されないこととなる。

- ・市町村特別給付等支払処理 3

市町村特別給付等支払処理の委託を行わない場合、介護給付費通知書に市町村特別給付の給付実績が反映されないこととなる。

(4) 高額介護サービス費支給処理

同時委託(または償還払給付実績報告)が必須業務

- ・償還払給付額管理処理 4

償還払給付額管理処理の委託(または償還払いの給付実績報告)を行わない場合、正確な高額介護サービス費の算定ができないこととなる。

(5) 各種支払支援処理

同時委託必須業務

- ・償還払給付額管理処理 5

償還払給付額管理処理で作成されたデータを使用するため。

- ・高額介護サービス費支給処理 6

高額介護サービス費支給処理で作成されたデータを使用するため。

(6) 主治医意見書料支払処理

- ・相関関係なし(個別の委託が可能)。

(7) 認定調査委託料支払処理

- ・相関関係なし(個別の委託が可能)。

3.4.2 給付系保険者事務共同処理の委託と共同処理用情報との関係

国保連合会に給付系保険者事務共同処理を委託する場合、その業務毎に必要な共同処理用情報がある。委託業務と必要となる共同処理用情報との関係を以下に示す。

委託業務 共同処理用情報	要介護認定 更新支援 処理	償還払 給付額 管理処理	介護給付費 通知作成 処理	高額介護 サービス費 支給処理	市町村 特別給付等 支払処理	各種支払 支援処理	主治医 意見書料 支払処理	認定調査 委託料 支払処理
共同処理用 市町村特別給付情報								
共同処理用 市町村特別給付事業者情報								
共同処理用保険者情報 (基本情報)								
共同処理用保険者情報 (償還払給付額管理処理情報)								
共同処理用受給者情報 (基本情報)								
共同処理用受給者情報 (償還払給付額管理処理情報)								
共同処理用受給者情報 (高額介護サービス費支給 処理情報)								

凡例： 委託する場合に必須

3.5 帳票イメージ

要介護認定・要支援認定有効期間終了のお知らせ

NXXXXXXXX
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN N

あなたの要介護認定・要支援認定期間が、 NN 29 年 29 月 29 日 をもって終了いたしますので、お知らせします。

被保険者番号	XXXXXXXXXX	フリガナ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
		被保険者氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
要介護認定期間	NN 29 年 29 月 29 日 ~ NN 29 年 29 月 29 日		要介護状態区分	NNNN	

要介護認定・要支援認定の更新を行う場合は、同封の「要介護更新認定・要支援更新認定申請書」に必要事項を記入し、被保険者証を添えて、認定有効期間終了日の30日前までに下記宛に提出してください。

【提出・問い合わせ先】

NXXXXXXXX
NN
NNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

電話番号 XXXXXXXXXXX

要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

様

次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号	X X X X X X X X X X	申請年月日	NN 年 月 日	
	フリガナ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	生年月日	NN 29 年 29 月 29 日	
	氏 名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	性別	N	
	住 所	NXXXXXXXX NN NN 電話番号 XXXXXXXXXXX			
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分	NNNN		
		有効期間	NN 29 年 29 月 29 日 から NN 29 年 29 月 29 日		
介 護 保 険 施 設 入 院 ・ 入 所 の 有 無 (短期入所を 除く)	有	入院・入所施設名			
		所在地			
	無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名			
		所在地			

提 出 代 行 者	名 称	該当に (居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) 印
	住 所	〒 電話番号

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名
	所 在 地	〒 電話番号

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号
特定疾病名	

介護サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、
介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業
者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名

(99999)

保険者 番号										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

整理 番号										
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請年月日	平成			年			月			日
-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

被 保 険 者	被保険者 番号										
	(刀ガナ)										
	氏名										
	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	支援・1・2・3・4・5									
	認定有効 期間	平成			年			月			日
	平成			年			月			日	まで

支 払 方 法												
窓 口 払						口 座 払						
支払場所						振込先	金融機関					
							口座種目					
支払期間							口座番号					
							口座名義人					

合 計 額	保険請求額									
	自己負担額									

	枚中		枚目
--	----	--	----

介護保険償還払支給（不支給）決定通知書

NXXXXXXXXX
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN N

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

Table with columns for insured name, insurance number, receipt date, decision date, payment amount, and reasons for denial.

Table titled '支払方法' (Payment Method) with columns for account information, bank details, and branch information.

問い合わせ先
NXXXXXXXXX
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

電話番号 XXXXXXXXXXXX

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、
NNNN介護保険審査会に審査請求をすることができます。

振込依頼書

NNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNN 様
 依頼人 NNNNNNNNNNNNNNNNN

提出日	年	月	日
頁 / 枚数	ZZZZZZZ9 / ZZZZZZZ9		

取組指定日
年 月 日

銀行名(上段) 支店名(下段)	種目	口座番号	受取人	金額 (円)	振込区分	手数料 (円)	概要
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
*種目 普通預金... 当座預金... その他 ...		小計	ZZZZZ9 件	ZZZ, ZZZ, ZZ9	件		
		合計	ZZZZZ9 件	ZZZ, ZZZ, ZZ9	件		

介護給付費通知書

NXXXXXXXX
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN N

被保険者番号：XXXXXXXXXX

あなたの NN 29 年 29 月 ~ NN 29 年 29 月における介護給付費は以下のとおりです。

【問い合わせ先】

NXXXXXXXX
NN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NN

電話番号 XXXXXXXXXXXXX

サービス月	サービス事業所	サービス種類	サービス費用合計額 (円)
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9

サービス費用合計額は、あなたが介護サービスを受けたときにお支払いになった金額を含む総額を記載しています。

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費給付判定結果

年 月

フリガナ				保険者番号							
被保険者氏名				被保険者番号							
受付年月日	年	月	日	性別							
決定年月日	年	月	日								
本人支払額	円										
支給区分コード	1. 支給 2. 不支給		支給金額	円							
支払方法区分コード	1. 口座 2. 窓口										
不支給理由											

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所			種 目	口座番号					
	金融機関コード			店舗コード			1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他						
	フリガナ												
口座名義人													

窓口払い欄	支払場所										
	支払期間	開始	年	月	日						
		終了	年	月	日						

NXXXXXXXX
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN N

高額介護サービス費給付のお知らせ

下記のとおり、介護保険法51条による高額介護給付費の支給対象となる可能性がありますのでお知らせします。

記

フリガナ 被保険者氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N	保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </table>											9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9															
生年月日	NN Z9 年 Z9 月 Z9 日		被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">X</td><td style="width: 5%;">X</td><td style="width: 5%;">X</td><td style="width: 5%;">X</td><td style="width: 5%;">X</td><td style="width: 5%;">X</td><td style="width: 5%;">X</td><td style="width: 5%;">X</td><td style="width: 5%;">X</td><td style="width: 5%;">X</td><td style="width: 5%;">X</td><td style="width: 5%;">X</td> </tr> </table>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													
対象年月	NN Z9 年 Z9 月																							
自己負担金額	ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	支給(予定)金額	ZZZ,ZZZ,ZZ9 円																					

支給を希望する場合は、同封の「高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書」を下記宛に提出してください。

【提出・問い合わせ先】

NXXXXXXXX
 NNN
 NNN
 NNN
 NNN

電話番号 XXXXXXXXXXX

高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表

NNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号		保険者名													
999999		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN													
	被保険者番号	サービス提供年月	支払情報	支払場所・支払期間または振込先情報							支払日または振込日				
				被保険者氏名(漢字)	決定年月	可否	利用者負担金額(円)	支払方法	支払場所	支払期間		金融機関名	支店名	種目	口座番号
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNN XX							

振込依頼書

NNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNN 様
 依頼人 NNNNNNNNNNNNNNNNN

提出日	年	月	日
頁 / 枚数	ZZZZZZZ9 / ZZZZZZZ9		

取組指定日
年 月 日

銀行名(上段) 支店名(下段)	種目	口座番号	受取人	金額 (円)	振込区分	手数料 (円)	概要
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
*種目							
普通預金...ノ		小計	ZZZZZ9 件	ZZZ, ZZZ, ZZ9	件		
当座預金...ト		合計	ZZZZZ9 件	ZZZ, ZZZ, ZZ9	件		
その他 ...ノ							

介護給付費 払込請求書

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 殿

NN XX年 XX月審査確定額(償還分)を下記のとおり払込み下さい。

内 訳	金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	払込期限	NNXX年XX月XX日
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	送金先	NNNNNNNNNN
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	口座名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		

NN XX年 XX月 XX日

振込人 取扱銀行 振込人 NNNN 国民健康保険団体連合会 NNN NN
NN

領 収 書

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 殿

NN XX年 XX月審査確定額(償還分)を下記のとおり領収いたしました。

内 訳	金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	(取扱店)
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	

年 月 日

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 NNNN 国民健康保険団体連合会 NNN NN
NN

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	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	権記																		
受取人	<table border="1"> <tr> <td>預金種目</td> <td>NN</td> <td>口座番号</td> <td>XXXXXX</td> <td>金額</td> <td>ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円</td> </tr> <tr> <td>7桁ナ</td> <td colspan="5">XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="5">NNNNNNNNNNNNNNNNNN</td> </tr> </table>	預金種目	NN	口座番号	XXXXXX	金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	7桁ナ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNN					私照合印
預金種目	NN	口座番号	XXXXXX	金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円															
7桁ナ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																			
氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNN																			
依頼人	<table border="1"> <tr> <td>7桁ナ</td> <td colspan="5">XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="5">NNNNNNNNNN 殿</td> </tr> </table>	7桁ナ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					氏名	NNNNNNNNNN 殿					<p>(おねがい)</p> <p>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い下さい。</p>						
7桁ナ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																			
氏名	NNNNNNNNNN 殿																			

公 金

備考
介護保険給付費の審査支払確定額(償還分)
支払年月 XX年 XX月
払込期限 XX年 XX月 XX日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行(保管)

介護給付費 振込通知書

NN XX年 XX月 審査分(償還分)

(経由)
NNNN 国民健康保険団体連合会 殿

内 訳	金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	口座番号	収入科目
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	款 目 前
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX

振込人 取扱銀行 連合会

保険者 国保連

共同処理用市町村特別給付異動連絡票

平成 年 月 日 頁

保険者名

保険者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

異動区分	1:新規	2:変更	3:終了
------	------	------	------

異動年月日	平成		年			月			日
-------	----	--	---	--	--	---	--	--	---

サービスコード	サービス名	単位数	支給限度基準額	有効開始年月日				有効終了年月日									
				平成	年	月	日	平成	年	月	日						
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日

保険者 国保連

共同処理用市町村特別給付訂正連絡票

平成 年 月 日 頁

保険者名

保険者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成		年		月		日
訂正年月日	平成		年		月		日

サービスコード	サービス名	単位数	支給限度基準額	有効開始年月日				有効終了年月日			
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日

共同処理用市町村特別給付更新結果

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	999999
-------	--------

異動区分	9
訂正区分	9

異動年月日	NN	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	NN	99	年	99	月	99	日

サービスコード	サービス名	単位数	支給限度基準額	有効開始年月日							有効終了年月日						
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日

共同処理用市町村特別給付情報

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	999999
-------	--------

異動区分	9
------	---

異動年月日	NN	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	NN	99	年	99	月	99	日

サービスコード	サービス名	単位数	支給限度基準額	有効開始年月日							有効終了年月日						
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日

共同処理用市町村特別給付事業所情報異動連絡票

(基本情報)

平成 年 月 日 頁

保険者名

事業所番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

異動区分	1:新規	2:変更	3:終了
------	------	------	------

異動年月日	平成					年				月				日			
-------	----	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

申請（開設）者

氏名																					電話番号								
													FAX番号																
住所			-																										

代表者

氏名																					職名							
住所			-																									

法人種別		
------	--	--

市町村番号						地域区分		
-------	--	--	--	--	--	------	--	--

共同処理用市町村特別給付事業所情報異動連絡票

(サービス情報)

平成 年 月 日 頁

保険者名	

事業所番号																				
サービスコード																				

異動区分	1:新規	2:変更	3:終了
------	------	------	------

異動年月日	平成			年			月			日
-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

管理者

氏名																				
住所			-																	

事業開始年月日	平成			年			月			日
事業休止年月日	平成			年			月			日
事業廃止開始年月日	平成			年			月			日
事業再開年月日	平成			年			月			日

事業所

氏名																				
住所			-				電話番号						FAX番号							

市町村特別給付										
登録保険者番号										
受領委任	1:なし		2:あり							
登録開始年月日	平成			年			月			日
登録終了年月日	平成			年			月			日

生活保護の指定	1:なし	2:あり
---------	------	------

共同処理用市町村特別給付事業所情報訂正連絡票

(基本情報)

平成 年 月 日 頁

保険者名

事業所番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成		年		月		日
訂正年月日	平成		年		月		日

申請(開設)者

氏名		電話番号	
		FAX番号	
住所			

代表者

氏名		職名
住所		

法人種別	
------	--

市町村番号		地域区分
-------	--	------

共同処理用市町村特別給付事業所情報訂正連絡票

(サービス情報)

平成 年 月 日 頁

保険者名

事業所番号																	
サービスコード																	

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成							年							月							日
訂正年月日	平成							年							月							日

管理者

氏名																			
住所	-																		

事業開始年月日	平成							年							月							日
事業休止年月日	平成							年							月							日
事業廃止開始年月日	平成							年							月							日
事業再開年月日	平成							年							月							日

事業所

氏名																					
住所	-	電話番号													FAX番号						

市町村特別給付																					
登録保険者番号																					
受領委任	1:なし 2:あり																				
登録開始年月日	平成							年						月							日
登録終了年月日	平成							年						月							日

生活保護の指定	1:なし 2:あり
---------	-----------

共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果

(基本情報)

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	9999999999
-------	------------

異動区分	9
訂正区分	9

異動年月日	NN	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	NN	99	年	99	月	99	日

申請（開設）者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		電話番号	XXXXXXXXXXXX
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		FAX番号	XXXXXXXXXXXX
住所	999-9999	XX		
		XXXXXXXXXXXXXXX		
	NN			
NNNNNNNNNNNNNNNNNN				

代表者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		職名	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNN	
住所	999-9999	XX		
		XXXXXXXXXXXXXXX		
	NN			
NNNNNNNNNNNNNNNNNN				

法人種別	99
------	----

市町村番号	999	地域区分	9
-------	-----	------	---

共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果

(サービス情報)

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	9999999999
サービスコード	999999

異動区分	9
訂正区分	9

異動年月日	平成	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	平成	99	年	99	月	99	日

管理者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
住所	999-9999		
	XX		
	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	NN		
	NN		
NNNN			

事業開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業休止年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業廃止開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業再開年月日	NN	99	年	99	月	99	日

事業所

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				
住所	999-9999	電話番号	XXXXXXXXXXXX	FAX番号	XXXXXXXXXXXX
	XX				
	XXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	NN				
	NN				
NNNN					

市町村特別給付	
登録保険者番号	999999
受領委任	9
登録開始年月日	NN 99 年 99 月 99 日
登録終了年月日	NN 99 年 99 月 99 日

生活保護の指定	9
---------	---

共同処理用市町村特別給付事業所情報

(基本情報)

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	9999999999
-------	------------

異動区分	9
------	---

異動年月日	NN	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	NN	99	年	99	月	99	日

申請（開設）者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		電話番号	XXXXXXXXXXXX
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		FAX番号	XXXXXXXXXXXX
住所	999-9999	XX		
		XXXXXXXXXXXX		
	NN			
NNNNNNNNNNNNNNNNNN				

代表者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		職名	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNN	
住所	999-9999	XX		
		XXXXXXXXXXXX		
	NN			
NNNNNNNNNNNNNNNNNN				

法人種別	99
------	----

市町村番号	999	地域区分	9
-------	-----	------	---

共同処理用市町村特別給付事業所情報

(サービス情報)

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	9999999999
サービスコード	999999

異動区分	9
------	---

異動年月日	平成	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	平成	99	年	99	月	99	日

管理者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
住所	999-9999		
	XX		
	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	NN		
	NN		
NNNN			

事業開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業休止年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業廃止開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業再開年月日	NN	99	年	99	月	99	日

事業所

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				
住所	999-9999	電話番号	XXXXXXXXXXXX	FAX番号	XXXXXXXXXXXX
	XX				
	XXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	NN				
	NN				
NNNN					

市町村特別給付	
登録保険者番号	999999
受領委任	9
登録開始年月日	NN 99 年 99 月 99 日
登録終了年月日	NN 99 年 99 月 99 日

生活保護の指定	9
---------	---

共同処理用保険者異動連絡票

平成 年 月 日 頁

保険者名

保険者番号										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

異動区分	1:新規 2:変更
------	-----------

異動年月日	平成													
-------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

口座情報

				1. 銀行 2. 信用金庫 3. 信用組合	1. 本店 2. 支店 3. 出張所
金融機関コード	支店コード	1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	口座番号		
口座名義人(カナ)					
振込依頼人コード					

問い合わせ先情報

名称1														
名称2														
住所	電話番号													
備考														

償還払給付額管理処理情報

支給 限度 基準 額	居宅介護福祉用具購入費										
	居宅介護住宅改修費										
	居宅支援福祉用具購入費										
	居宅支援住宅改修費										

共同処理用保険者訂正連絡票

平成 年 月 日 頁

保険者名

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

訂正区分	2:訂正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成		年		月		日
訂正年月日	平成		年		月		日

口座情報

金融機関コード		支店コード		1.普通預金 2.当座預金 9.その他		口座番号				
-										
口座名義人(カナ)										
振込依頼人コード										

- 1.銀行
- 2.信用金庫
- 3.信用組合

- 1.本店
- 2.支店
- 3.出張所

問い合わせ先情報

名称1											
名称2											
住所	-	電話番号									
備考											

償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額	居宅介護福祉用具購入費						
	居宅介護住宅改修費						
	居宅支援福祉用具購入費						
	居宅支援住宅改修費						

共同処理用保険者情報更新結果

NN 99 年 99 月 99 日 1 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	999999
-------	--------

異動区分	9
訂正区分	9

異動年月日	平成	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	平成	99	年	99	月	99	日

口座情報

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
金融機関コード	支店コード	口座種目	口座番号
9999	- 999	NNN	9999999
口座名義人(カナ)	XX		
振込依頼人コード	9999999999		

問い合わせ先情報

名称 1	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
名称 2	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
住所	999-9999	電話番号	XXXXXXXXXXXX	
	XX			
	XXXXXXXXXXXX			
	NN			
	NN			
備考	NN			
	NNNNNNNNNNNN			

償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額	居宅介護福祉用具購入費	9999999
	居宅介護住宅改修費	99999999
	居宅支援福祉用具購入費	9999999
	居宅支援住宅改修費	99999999

共同処理用保険者情報

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	999999
-------	--------

異動区分	9
------	---

異動年月日	平成	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	平成	99	年	99	月	99	日

口座情報

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
金融機関コード	支店コード	口座種目	口座番号			
9999	-	999	NNN	9999999		
口座名義人(カナ)	XX					
振込依頼人コード	9999999999					

問い合わせ先情報

名称1	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				
名称2	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				
住所	999-9999		電話番号	XXXXXXXXXXXX	
	XX				
	XXXXXXXXXXXXXXXX				
	NN				
	NN				
	NNNN				
備考	NN				
	NNNNNNNNNNNN				

償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額	居宅介護福祉用具購入費	9999999
	居宅介護住宅改修費	99999999
	居宅支援福祉用具購入費	9999999
	居宅支援住宅改修費	99999999

共同処理用受給者異動連絡票

平成 年 月 日 頁

保険者名

証記載 保険者番号	
被保険者番号	

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						年						月					日
-------	----	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

基本情報

氏名																		電話番号										
住所																		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			対象サービス種類コード											
終了年月日	平成				年				月				日	1:非対象 2:一部サービス対象 3:全サービス対象														

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:低所得者等以外				2:市町村民税世帯非課税者等				3:生活保護			
所得区分	1:低所得者以外				2:市町村民税非課税者等				3:生活保護			
老齢福祉年金受給の有無	1:受給無し				2:受給有り							

保険者 国保連

共同処理用受給者訂正連絡票

平成 年 月 日 頁

保険者名

証記載 保険者番号							
被保険者番号							

訂正区分	2:修正 3:削除
------	-----------

異動年月日	平成		年		月		日
訂正年月日	平成		年		月		日

基本情報

氏名																			電話番号											
住所	-																											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								対象サービス種類コード					
終了年月日	平成		年		月		日	1:非対象 2:一部サービス対象 3:全サービス対象													

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:低所得者等以外			2:市町村民税世帯非課税者等			3:生活保護			
所得区分	1:低所得者以外			2:市町村民税非課税者等			3:生活保護			
老齢福祉年金受給の有無	1:受給無し			2:受給有り						

共同処理用受給者情報更新結果

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

証記載 保険者番号	999999
被保険者番号	XXXXXXXXXX

異動区分	9	異動事由	9
訂正区分	9		

異動年月日	NN	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	NN	99	年	99	月	99	日

基本情報

氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN						電話番号	XXXXXXXXXXXX	
住所	999	-	9999	XX				帳票出力順序コード	999
					XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	NN								
NNNNNNNNNNNNNNNNNN									

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	NN	99	年	99	月	99	日	区分	対象サービス 種類コード	99	99	99	99	99	99	99	99	99
終了年月日	NN	99	年	99	月	99	日	9		99	99	99	99	99	99	99	99	99

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)	XXXXXXXXXX
世帯所得区分	9
所得区分	9
老齢福祉年金受給の有無	9

要介護認定・要支援認定有効期間終了のお知らせ

〒123-45XX
県××市××× 1 - 2 - 3

介護 太郎

あなたの要介護認定・要支援認定期間が、平成 12 年 9 月 30 日をもって終了いたしますので、お知らせします。

被保険者番号	14207700XX	フリガナ	カゴ 知ウ		
		被保険者氏名	介護 太郎		
要介護認定期間	平成 12 年 4 月 1 日 ~ 平成 12 年 9 月 30 日		要介護状態区分	要介護 1	

要介護認定・要支援認定の更新を行う場合は、同封の「要介護更新認定・要支援更新認定申請書」に必要事項を記入し、被保険者証を添えて、認定有効期間終了日の30日前までに下記宛に提出してください。

【提出・問い合わせ先】

〒123 - 45XX
県××市 1 - 2 - 3

××市

介護保険課

電話番号 XXX(XXX)XXXX

(00001)

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	1 4 2 0 7 7 0 0 X X	申請年月日	平成 年 月 日
	フリガナ	カゴ タロウ	生年月日	昭和 5 年 1 月 1 日
	氏名	介護 太郎	性別	男
	住所	〒123-45XX 県 x x 市 x x x 1 - 2 - 3 電話番号 XXX(XXX)XXXX		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 要介護 1 有効期間 平成 12 年 4 月 1 日 から 平成 12 年 9 月 30 日		
	介護保険施設 入院・入所の 有無 (短期入所を 除く)	有	入院・入所施設名 所在地	
		無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名 所在地	

提 出 代 行 者	名称	該当に (居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) 印
	住所	〒 電話番号

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号
特定疾病名	

介護サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、
介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業
者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名

(000001)

保険者 番号	0	4	2	0	X	X
-----------	---	---	---	---	---	---

整理 番号	0	0	0	5	0	6	0	0	0	1
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

申請年月日	平成	1	2	年	5	月	6	日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---

平成	1	2	年	4	月分
----	---	---	---	---	----

被 保 険 者	被保険者 番号	1	4	2	7	0	0	0	2	X	X
	(刀ガナ)	カゴ 知									
	氏名	介護 太郎									
	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	支援・1 2・3・4・5									
認定有効 期間	平成	1	2	年	4	月	1	日	から		
	平成	1	2	年	9	月	3	0	日	まで	

支 払 方 法													
窓 口 払						口 座 払							
支払場所						振込先	金融機関	銀行					
							××支店						
					口座種目		普通						
支払期間							口座番号	1	2	3	4	5	X
						口座名義人	カゴ 知						

合 計 額	保険請求額				9	0	0	0	0
	自己負担額				1	0	0	0	0

3	枚中	1	枚目
---	----	---	----

介護保険償還払支給（不支給）決定通知書

〒123-45XX 県××市×××1-2-3
介護 太郎 様

先に申請のありました給付費については、下記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 4 2 0 7 7 0 0 X X
受付年月日	平成 12 年 9 月 1 日	決定年月日	平成 12 年 11 月 15 日
本人支払額	、 円		
給付の種類	通所リハビリテーション、福祉用具貸与、住宅改修		
支給	する	支給金額	XX,XXX 円
不支給の理由			

支払方法			
		口座払	
お持ち いただくもの	・この通知書 ・介護保険被保険者証 ・申請書に使用した印鑑	金融機関	銀行
			本店
支払場所	振込先	口座種目	普通
支払期間		口座番号	1 2 3 4 5 X X
		口座名義人	カ行 ャ行

問い合わせ先
〒123-45XX
県××市 1-2-3

××市 介護保険課

電話番号 XXX(XXX)XXXX

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 介護保険審査会に審査請求をすることができます。

(00001)

振込依頼書

銀行 _____ 様
 支店 _____ 市
 依頼人 _____

提出日	年	月	日
頁 / 枚数	1	/	1

取組指定日	年	月	日
-------	---	---	---

銀行名(上段) 支店名(下段)	種目	口座番号	受取人	金額 (円)	振込区分	手数料 (円)	概要
銀行 支店	㊯	12345XX	(14207700XX) 介護 太郎	50,000			
銀行 支店	㊯	34567XX	(14207800XX) 介護 次郎	30,000			
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
*種目				小計	2 件	80,000	件
普通預金...㊯				合計	2 件	80,000	件
当座預金...ト							
その他 ...㊯							

介護給付費通知書

〒123-45XX
県××市××× 1 - 2 - 3

介護 太郎 様

被保険者番号： 14207700XX

あなたの 平成 12 年 4 月 ~ 平成 12 年 5 月 における介護給付費は以下のとおりです。

【問い合わせ先】

〒123 - 45XX
県××市 1 - 2 - 3

××市 介護保険課

電話番号 XXX(XXX)XXXX

サービス月	サービス事業所	サービス種類	サービス費用合計額 (円)
平成12年 4月	訪問介護事業所	訪問介護	20,000
	訪問看護事業所	訪問看護	10,000
平成12年 5月	訪問介護事業所	訪問介護	20,000
	訪問看護事業所	訪問看護	10,000
	福祉用具貸与事業所	福祉用具貸与	240,000
		計	300,000

サービス費用合計額は、あなたが介護サービスを受けたときにお支払いになった金額を含む総額を記載しています。

(00001)

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費給付判定結果

平成 13 年 3 月

フリガナ	かご 太郎		保険者番号	0 4 2 0 X X								
被保険者氏名	介護 太郎		被保険者番号	1	4	2	0	7	7	0	X	X
受付年月日	平成 13 年 4 月 10 日		性別	男								
決定年月日	平成 13 年 4 月 29 日											
本人支払額	、 円											
支給区分コード	①. 支給	2. 不支給	支給金額	、 円								
支払方法区分コード	①. 口座	2. 窓口										
不支給理由												

口座振替 依頼欄		銀行 信用金庫 信用組合	× ×	本店 支店 出張所	種 目	口座番号						
	金融機関コード		店舗コード		① 普通預金 2. 当座預金 9. その他	1	2	3	4	5	X	X
	フリガナ		かご 太郎									
	口座名義人		介護 太郎									

窓口払い欄	支払場所										
	支払期間	開始	年 月 日								
		終了	年 月 日								

〒123 - 45XX
県××市××× 1 - 2 - 3

介護 太郎 様

高額介護サービス費給付のお知らせ

下記のとおり、介護保険法51条による高額介護給付費の支給対象となる可能性がありますのでお知らせします。

記

フリガナ 被保険者氏名	加藤 太郎 介護 太郎	男	保険者番号	0420XX
生年月日	昭和 3 年 7 月 9 日		被保険者番号	14207700XX
対象年月	平成 12 年 5 月			
自己負担金額	30,000 円	支給(予定)金額	5,400 円	

支給を希望する場合は、同封の「高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書」を下記宛に提出してください。

【提出・問い合わせ先】

〒123 - 45XX
県××市 1 - 2 - 3

××市 介護保険課

電話番号 XXX(XXX)XXXX

(00001)

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

平成 12 年 5 月

フリガナ	カゴ 知ウ			保険者番号	0 4 2 0 7 7										
被保険者氏名	介護 太郎			被保険者番号	1	4	2	0	7	7	0	0	X	X	
生年月日	昭和 5 年 1 月 1 生			性別	男										
住所	県 × × 市 1 - 2 - 3										電話番号 XXX(XXX)XXXX				
該当月分の 支払額合計	、 円														
世帯構成	世帯主	氏 名	生年月日	性別	介護保険の 被保険者の場合 被保険者番号										
	世帯員														
様 上記のとおり関係書類を添えて高額介護（居宅支援）サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 氏名 印															

注意 ・ 給付制限を受けている方については、高額介護（居宅支援）サービス費の支給ができない場合があります
 ・ この申請書の裏面に領収書を添付してください。

高額介護（居宅支援）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口座番号										
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通預金											
			2. 当座預金											
			9. その他											
	フリガナ													
	口座名義人													

市（町村）記入欄

区 分	世帯集約番号	領収書確認欄	給付制限状況	備 考
1 単独			有・無 給付割合	
2 合算				

(000001)

高額介護（居宅支援）サービス費支給（不支給）決定通知書

〒123-45XX 県××市×××1-2-3
介護 太郎 様

先に申請のありました給付費については、下記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 4 2 0 7 7 0 0 X X
受付年月日	平成 12 年 9 月 1 日	決定年月日	平成 12 年 11 月 15 日
本人支払額	、 円		
給付の種類	通所リハビリテーション、福祉用具貸与、住宅改修		
支給	する	支給金額	XX,XXX 円
不支給の理由			

支 払 方 法			
* * *		口座払	
お持ち いただくもの	・この通知書 ・介護保険被保険者証 ・申請書に使用した印鑑	金融機関	銀行
			本店
支払場所	振込先	口座種目	普通
支払期間		口座番号	1 2 3 4 5 X X
		口座名義人	カ行 八行

問い合わせ先
〒123-45XX
県××市 1-2-3

××市 介護保険課

電話番号 XXX(XXX)XXXX

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 介護保険審査会に審査請求をすることができます。

(00001)

振込依頼書

銀行 _____ 様
 支店 _____ 市
 依頼人 _____

提出日	年	月	日
頁 / 枚数	1	/	1

取組指定日	年	月	日
-------	---	---	---

銀行名(上段) 支店名(下段)	種目	口座番号	受取人	金額 (円)	振込区分	手数料 (円)	概要
銀行 支店	㊦	12345XX	(14207700XX) 介護 太郎	50,000			
銀行 支店	㊦	34567XX	(14207800XX) 介護 次郎	30,000			
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
				小計	2 件	80,000	件
				合計	2 件	80,000	件

*種目
 普通預金...
 当座預金...
 その他 ...

介護給付費 払込請求書

市 殿

平成 12年 5月審査確定額（償還分）を下記のとおり払込み下さい。

内 訳	金額	1,420,655 円	払込期限	平成12年 6月 30日
	居宅介護サービス	1,256,870 円	送金先	銀行 支店
	施設介護サービス	13,785 円	口座名	株式会社 〇〇〇〇
	居宅介護住宅改修	50,000 円		
	高額介護サービス	100,000 円		

平成 12年 6月 10日

理事長印

振込人 取扱銀行 振込人 県 国民健康保険団体連合会 理事長

領 収 書

市 殿

平成 12年 5月審査確定額（償還分）を下記のとおり領収いたしました。

内 訳	金額	1,420,655 円	(取扱店)
	居宅介護サービス	1,256,870 円	
	施設介護サービス	13,785 円	
	居宅介護住宅改修	50,000 円	
	高額介護サービス	100,000 円	

年 月 日

理事長印

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 県 国民健康保険団体連合会 理事長

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	銀行 支店	権記
受取人	預金種目	普通
	口座番号	1234567
依頼人	氏名	〇〇〇
	氏名	〇〇〇
金額	1,420,655 円	私照合印

(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い下さい。

公 金

備考
介護保険給付費の審査支払確定額（償還分）
支払年月 12年 6月
払込期限 12年 6月 30日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行（保管）

介護給付費 振込通知書

平成 12年 5月 審査分（償還分）

(経由)

県 国民健康保険団体連合会 殿

内 訳	金額	1,420,655 円	口座番号	収入科目		
	居宅介護サービス	1,256,870 円	1234567	款	項	目
	施設介護サービス	13,785 円	1234567			
	居宅介護住宅改修	50,000 円	1234567			
	高額介護サービス	100,000 円	1234567			

振込人 取扱銀行 連合会

共同処理用市町村特別給付異動連絡票

平成 13 年 5 月 1 日 1 頁

保険者名
市

保険者番号	1	2	3	4	X	X
-------	---	---	---	---	---	---

異動区分	1:新規	2:変更	3:終了
------	------	------	------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

サービスコード	サービス名	単位数	支給限度基準額	有効開始年月日				有効終了年月日			
8111XX		XXXXXX	XXXXXX	平成	年	月	日	平成	年	月	日
8122XX	× × × × ×	XXXXXX	XXXXXX	平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日

共同処理用市町村特別給付訂正連絡票

平成 年 月 日 頁

保険者名
市

保険者番号	1	2	3	4	X	X
-------	---	---	---	---	---	---

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	05	月	08	日

サービスコード	サービス名	単位数	支給限度基準額	有効開始年月日				有効終了年月日			
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
8111XX		XXXXXX	XXXXXX	平成				平成			
8122XX	× × × × ×	XXXXXX	XXXXXX	平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			
				平成				平成			

共同処理用市町村特別給付更新結果

平成 13 年 6 月 1 日 1 頁

保険者名
市

保険者番号	1234XX
-------	--------

異動区分	1
訂正区分	

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	05	月	08	日

サービスコード	サービス名	単位数	支給限度基準額	有効開始年月日							有効終了年月日						
				平成	年	月	日	平成	年	月	日						
811111		XXXXXX	XXXXXX	平成	13	年	04	月	01	日	平成		年		月		日
812222	x x x x x x	XXXXXX	XXXXXX	平成	13	年	04	月	01	日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日

共同処理用市町村特別給付情報

平成 13 年 6 月 1 日 1 頁

保険者名
市

保険者番号	1234XX
-------	--------

異動区分	1
------	---

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	05	月	08	日

サービスコード	サービス名	単位数	支給限度基準額	有効開始年月日							有効終了年月日						
				平成	年	月	日	平成	年	月	日						
811111		XXXXXX	XXXXXX	平成	13	年	04	月	01	日	平成		年		月		日
812222	x x x x x x	XXXXXX	XXXXXX	平成	13	年	04	月	01	日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日

共同処理用市町村特別給付事業所情報異動連絡票

(基本情報)

平成 13 年 5 月 1 日

1 頁

保険者名
××市

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

異動区分	1:新規	2:変更	3:終了
------	------	------	------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

申請（開設）者

氏名	シキョウシヤ シロウ															電話番号				0	1	2	-	3	4	5	-	6	7	X	X
	事業者 二郎															FAX番号				0	1	2	-	3	4	5	-	6	6	X	X
住所	123-45XX マルマルケンハツハツシサンカクサンカク1-2-3																														
	県 × × 市															1 - 2 - 3															

代表者

氏名	シキョウシヤ イチロウ															職名														
	事業者 一郎															理事														
住所	123-45XX マルマルケンハツハツシサンカクサンカク1-2-3																													
	県 × × 市															1 - 2 - 3														

法人種別	0	1
------	---	---

市町村番号	1	2	3	地域区分	1
-------	---	---	---	------	---

共同処理用市町村特別給付事業所情報訂正連絡票

(サービス情報)

平成 13 年 7 月 1 日 1 頁

保険者名
××市

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X
サービスコード	1	1	1	1	1	1				

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	06	月	10	日

管理者

氏名																														
住所	-																													

事業開始年月日	平成		年		月		日
事業休止年月日	平成		年		月		日
事業廃止開始年月日	平成		年		月		日
事業再開年月日	平成		年		月		日

事業所

氏名																															
住所	-	電話番号	0	1	2	-	6	7	8	-	9	0	X	X	FAX番号																

市町村特別給付							
登録保険者番号							
受領委任	1:なし 2:あり						
登録開始年月日	平成		年		月		日
登録終了年月日	平成		年		月		日

生活保護の指定	1:なし 2:あり
---------	-----------

共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果

(基本情報)

平成 13 年 05 月 04 日

1 頁

保険者名
××市

事業所番号	12345678XX
-------	------------

異動区分	1
訂正区分	

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

申請（開設）者

氏名	シギョウヤ シロ		電話番号	023-456-77XX
	事業者 二郎		FAX番号	023-456-77XX
住所	123-45XX	マルマルケンパ ツバ ツシサカクサカク1-2-3		
	県××市 1 - 2 - 3			

代表者

氏名	シギョウヤ 伊ロ		職 名	
	事業者 一郎		理事	
住所	123-45XX	マルマルケンパ ツバ ツシサカクサカク1-2-3		
	県××市 1 - 2 - 3			

法人種別	01
------	----

市町村番号	123	地域区分	1
-------	-----	------	---

共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果

(サービス情報)

平成 13 年 05 月 01 日 1 頁

保険者名
××市

事業所番号	12345678XX
サービスコード	8111XX

異動区分	1
訂正区分	

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

管理者

氏名	シキョウシャ シロ		
	事業者 二郎		
住所	123-45XX		
	マルマルケンパ ツバ ツシサカクサカ1-2-3		
	県××市 1 - 2 - 3		

事業開始年月日	平成	13	年	04	月	01	日
事業休止年月日	平成		年		月		日
事業廃止開始年月日	平成		年		月		日
事業再開年月日	平成		年		月		日

事業所

氏名	シキョウシャ 伊ロ				
	事業者 一郎				
住所	123-45XX	電話番号	023-456-77XX	FAX番号	023-456-77XX
	マルマルケンパ ツバ ツシサカクサカ1-2-3				
	県××市 1 - 2 - 3				

市町村特別給付	
登録保険者番号	0420XX
受領委任	1
登録開始年月日	平成 13 年 04 月 01 日
登録終了年月日	平成 年 月 日

生活保護の指定	1
---------	---

共同処理用市町村特別給付事業所情報

(基本情報)

平成 13 年 05 月 04 日

1 頁

保険者名
××市

事業所番号	12345678XX
-------	------------

異動区分	1
------	---

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

申請（開設）者

氏名	シギョウヤ シロ		電話番号	023-456-77XX
	事業者 二郎		FAX番号	023-456-77XX
住所	123-45XX	マルマルケンバ ツバ ツシサカクサンカク1-2-3		
	県××市 1 - 2 - 3			

代表者

氏名	シギョウヤ 一郎		職名	
	事業者 一郎		理事	
住所	123-45XX	マルマルケンバ ツバ ツシサカクサンカク1-2-3		
	県××市 1 - 2 - 3			

法人種別	01
------	----

市町村番号	123	地域区分	1
-------	-----	------	---

共同処理用市町村特別給付事業所情報

(サービス情報)

平成 13 年 05 月 01 日 1 頁

保険者名
××市

事業所番号	12345678XX
サービスコード	8111XX

異動区分	1
------	---

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

管理者

氏名	シキョウシャ シロ		
	事業者 二郎		
住所	123-45XX		
	マルマルケンパ ツバ ツシサカクサカ1-2-3		
	県××市 1 - 2 - 3		

事業開始年月日	平成	13	年	04	月	01	日
事業休止年月日	平成		年		月		日
事業廃止開始年月日	平成		年		月		日
事業再開年月日	平成		年		月		日

事業所

氏名	シキョウシャ イロ				
	事業者 一郎				
住所	123-45XX	電話番号	023-456-77XX	FAX番号	023-456-77XX
	マルマルケンパ ツバ ツシサカクサカ1-2-3				
	県××市 1 - 2 - 3				

市町村特別給付	
登録保険者番号	0420XX
受領委任	1
登録開始年月日	平成 13 年 04 月 01 日
登録終了年月日	平成 年 月 日

生活保護の指定	1
---------	---

共同処理用保険者異動連絡票

平成 13 年 5 月 1 日 1 頁

保険者名
××市

保険者番号	1	2	3	4	X	X
-------	---	---	---	---	---	---

異動区分	1:新規	2:変更
------	------	------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

口座情報

×										1.銀行 2.信用金庫 3.信用組合			×			1.本店 2.支店 3.出張所		
金融機関コード				支店コード			1.普通預金	口座番号										
1	2	3	4	-	1	2	3	1	2	3	4	5	X	X				
口座名義人(カナ)										カ イ コ ー タ ロ ウ								
振込依頼人コード										1	1	1	1	1	1	1	X	X

問い合わせ先情報

名称1	×	×	市																					
名称2	介	護	保	険	課																			
住所	1	2	3	-	4	5	X	X	電話番号			0	1	2	-	3	4	5	-	1	2	X	X	
	マ	ル	マ	ル	ケ	ン	ハ	ツ	ハ	ツ	シ	サ	ン	カ	ク	サ	ン	カ	ク	1	-	1	-	1
	県			×	×	市	1	-	1	-	1													
備考																								

償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額	居宅介護福祉用具購入費											
	居宅介護住宅改修費											
	居宅支援福祉用具購入費											
	居宅支援住宅改修費											

共同処理用保険者訂正連絡票

平成 13 年 7 月 1 日

1 頁

保険者名
××市

保険者番号	1	2	3	4	X	X
-------	---	---	---	---	---	---

訂正区分	2:訂正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	06	月	05	日

口座情報

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1.銀行 2.信用金庫 3.信用組合 1.本店 2.支店 3.出張所 </div>															
金融機関コード			支店コード			口座番号									
9	8	7	6	-	5	4	3	1.普通預金	9	8	7	6	5	X	X
口座名義人(カナ)		カ イ コ タ ロ ウ													
振込依頼人コード		1 1 1 1 1 1 1 1 X X													

問い合わせ先情報

名称1														
名称2														
住所	電話番号													
備考														

償還払給付額管理処理情報

支給 限度 基準 額	居宅介護福祉用具購入費														
	居宅介護住宅改修費														
	居宅支援福祉用具購入費														
	居宅支援住宅改修費														

共同処理用保険者情報更新結果

平成 13 年 06 月 01 日

1 頁

保険者名
××市

保険者番号	1234XX
-------	--------

異動区分	1
訂正区分	

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

口座情報

× 銀行		× 支店			
金融機関コード	支店コード	口座種目	口座番号		
1234	- 123	普通	12345XX		
口座名義人(カナ)	ハツハツ				
振込依頼人コード	1111111111				

問い合わせ先情報

名称 1	××市			
名称 2	介護保険課			
住所	123-45XX		電話番号	023-456-78XX
	マルマルケンバ ツバツサカサカ1-1-1			
	県××市 1-1-1			
備考				

償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額	居宅介護福祉用具購入費	
	居宅介護住宅改修費	
	居宅支援福祉用具購入費	
	居宅支援住宅改修費	

共同処理用保険者情報

平成 13 年 06 月 01 日

1 頁

保険者名
××市

保険者番号	1234XX
-------	--------

異動区分	1
------	---

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

口座情報

× 銀行		× 支店			
金融機関コード	支店コード	口座種目	口座番号		
1234	- 123		12345XX		
口座名義人(カナ)	ハツハツ				
振込依頼人コード	1111111111				

問い合わせ先情報

名称 1	××市			
名称 2	介護保険課			
住所	123-45XX		電話番号	023-456-78XX
	マルマルケンバ ツバツサカサカ1-1-1			
	県××市 1-1-1			
備考				

償還払給付額管理処理情報

支給 限度 基準 額	居宅介護福祉用具購入費	
	居宅介護住宅改修費	
	居宅支援福祉用具購入費	
	居宅支援住宅改修費	

共同処理用受給者異動連絡票

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	1	3	年	0	4	月	0	1	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	ケ	ン	ハ	ツ	ハ	ツ	シ	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			
			×	×	市	1	-	2	-	3																				

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	1	2	年			月			日	区分										対象サービス 種類コード															
終了年月日	平成	1	3	年	×	×	月	×	×	日	1:非対象 2:一部サービス対象 3:全サービス対象																									

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:低所得者等以外 2:市町村民税世帯非課税者等 3:生活保護									
所得区分	1:低所得者以外 2:市町村民税非課税者等 3:生活保護									
老齢福祉年金受給の有無	1:受給無し 2:受給有り									

共同処理用受給者訂正連絡票

平成 13 年 6 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	1	3	年	0	4	月	0	1	日
訂正年月日	平成	1	3	年	0	5	月	0	1	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	シ	カ	ク	シ	カ	ク	3	-	2	-	1	帳票出力順序コード				
					県	×	×	市					3	-	2	-	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			年			月			日	区分										対象サービス 種類コード														
終了年月日	平成			年			月			日	1:非対象 2:一部サービス対象 3:全サービス対象																								

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:低所得者等以外 2:市町村民税世帯非課税者等 3:生活保護									
所得区分	1:低所得者以外 2:市町村民税非課税者等 3:生活保護									
老齢福祉年金受給の有無	1:受給無し 2:受給有り									

共同処理用受給者情報更新結果

平成 13 年 06 月 01 日

1 頁

保険者名
××市

証記載 保険者番号	1234XX
被保険者番号	12345678XX

異動区分	1	異動事由	01
訂正区分			

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

基本情報

氏名	介護 太郎					電話番号	023-456-78XX					
住所	999	-	9999	マルマルケンパ ツバ ツシヤカクサカク1-2-3							帳票出力順序コード	111
	県××市 1 - 2 - 3											

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	12	年		月		日	区分	対象サービス 種類コード			
終了年月日	平成	13	年	××	月	××	日	1				

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)	12345678XX
世帯所得区分	1
所得区分	1
老齢福祉年金受給の有無	1

共同処理用受給者情報

平成 13 年 06 月 01 日 1 頁

保険者名
××市

証記載 保険者番号	1234XX
被保険者番号	12345678XX

異動区分	1	異動事由	01
------	---	------	----

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

基本情報

氏名	介護 太郎					電話番号	023-456-78XX					
住所	999	-	9999	マルマルケンパ ツバ ツシヤカクサカク1-2-3							帳票出力順序コード	111
	県××市 1 - 2 - 3											

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	12	年		月		日	区分	対象サービス 種類コード			
終了年月日	平成	13	年	××	月	××	日	1				

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)	12345678XX
世帯所得区分	1
所得区分	1
老齢福祉年金受給の有無	1

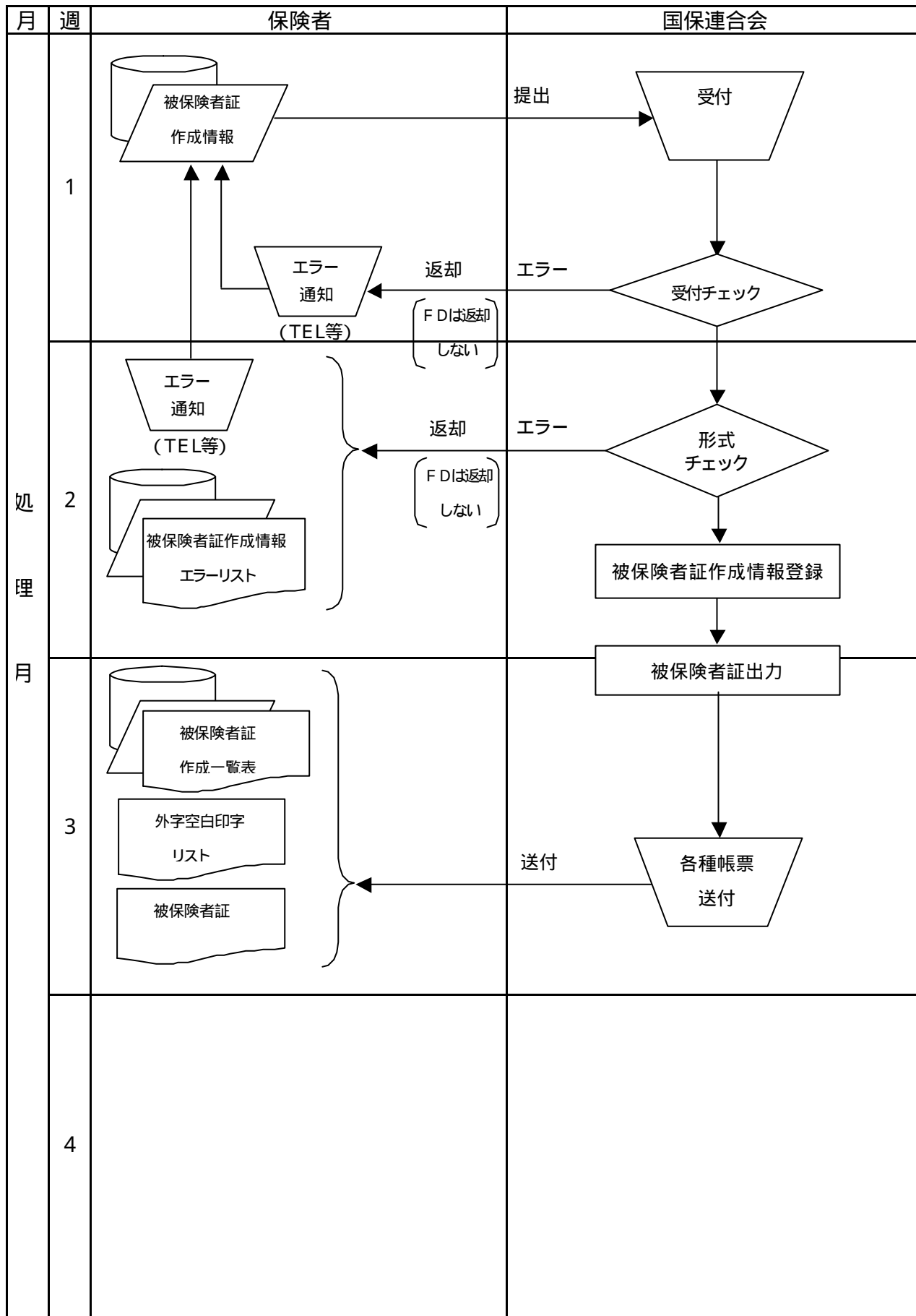
4 資格系（付帯業務）保険者事務共同処理業務

4.1 受け渡し概要図

4.1.1 被保険者証作成情報受け渡し概要

保険者	国保連合会
<p>1. 保険者は国保連合会へ「被保険者証作成情報」を提出し、「被保険者証」の発行を依頼する。</p> <p>4. 保険者は、受付チェック、形式チェックでエラーとなった場合、誤りを修正した後、再度提出する。</p>	<p>2. 国保連合会は、受け付けた「被保険者証作成情報」の受付チェックを実施し、エラーを発見した場合、保険者へエラーを通知する。</p> <p>3. 受け付けた「被保険者証作成情報」の形式チェックを実施し、形式チェックでエラーを発見した場合、保険者へ「被保険者証作成エラーリスト情報」によりエラーを通知する。</p> <p>5. 受け付けた「被保険者証作成情報」の登録を行う</p> <p>6. 被保険者証出力処理を実行し「被保険者証」等の出力を行う。</p> <p>7. 「被保険者証」、「被保険者証作成一覧表情報」、「外字空白印字リスト」を送付する。</p>
<p>備考</p>	

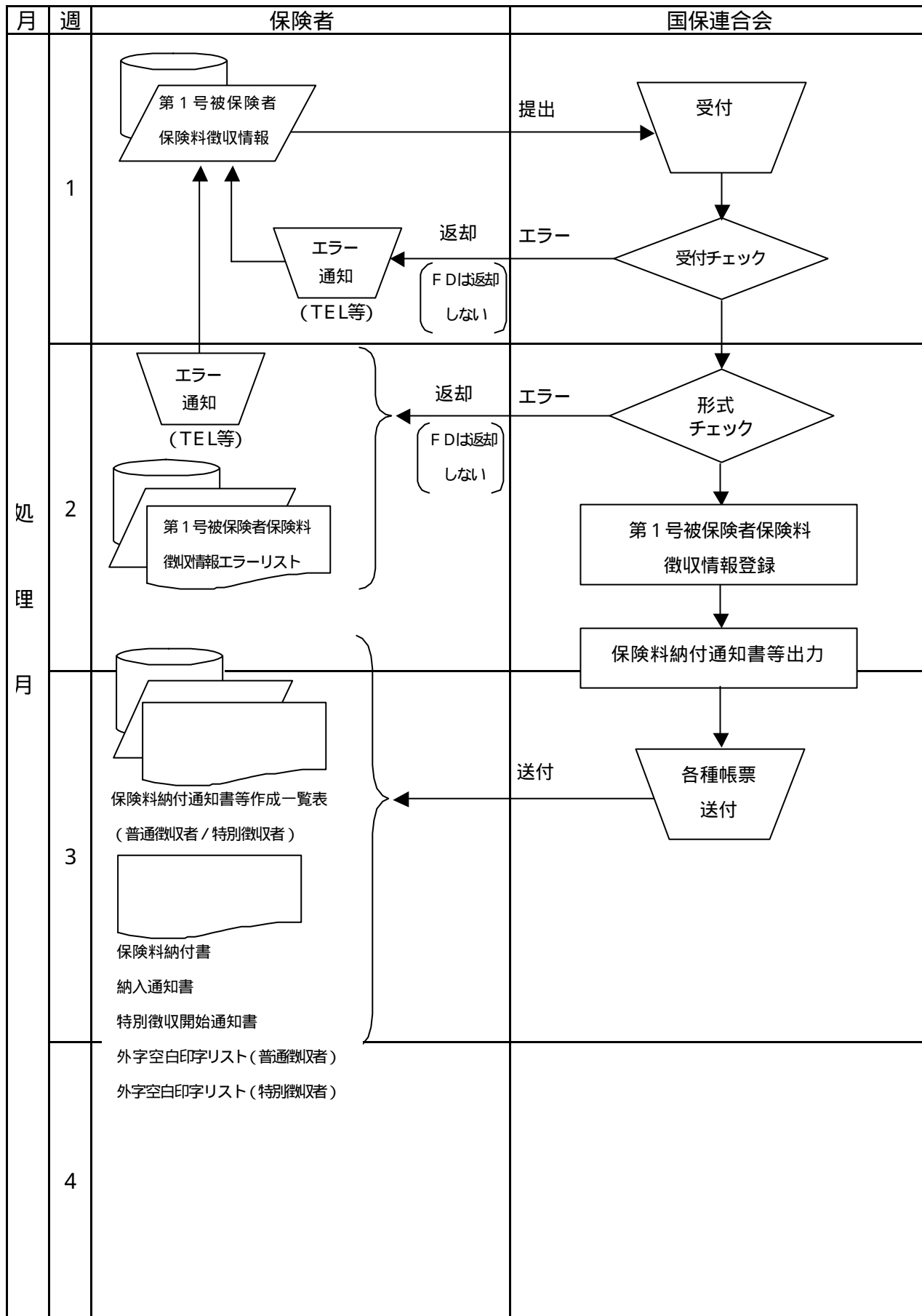
被保険者証作成情報受け渡し概要図



4.1.2 第1号被保険者保険料徴収情報受け渡し概要

保険者	国保連合会
<p>1. 保険者は国保連合会へ「第1号被保険者保険料徴収情報」を提出し、「保険料納付書」等の発行を依頼する。</p> <p>4. 保険者は、受付チェック、形式チェックでエラーとなった場合、誤りを修正した後、再度提出する。</p>	<p>2. 国保連合会は、受け付けた「第1号被保険者保険料徴収情報」の受付チェックを実施し、エラーを発見した場合、保険者へエラーを通知する。</p> <p>3. 受け付けた「第1号被保険者保険料徴収情報」の形式チェックを実施し、形式チェックエラーを発見した場合、保険者へ「第1号被保険者保険料徴収エラーリスト情報」によりエラーを通知する。</p> <p>5. 受け付けた「第1号被保険者保険料徴収情報」の登録を行う。</p> <p>6. 保険料納付通知書等出力処理を実行し「保険料納付書」等の出力を行う。</p> <p>7. 出力した以下の帳票を送付する。 ・保険料納付通知書等作成一覧表(普通徴収者) ・保険料納付通知書等作成一覧表(特別徴収者) ・保険料納付書 ・納入通知書 ・特別徴収開始通知書 ・外字空白印字リスト(普通徴収者) ・外字空白印字リスト(特別徴収者)</p>
備考	

第1号被保険者保険料徴収情報受け渡し概要図



4 . 1 . 3 平成 1 2 年度特別徴収者仮徴収情報受け渡し概要

<このページは削除しました>

<このページは削除しました>

4.2 インタフェース一覧

4.2.1 被保険者証作成情報（入力情報）

項番	識別	情報名	内容	ルート	周期	媒体
(1)	4111	被保険者証作成情報（共通部）	被保険者証の作成情報	保険者 国保連合会	月次	伝送 磁気
(2)	4122	被保険者証作成情報（明細部）	被保険者証の作成情報	保険者 国保連合会	月次	伝送 磁気

種別	帳票名	受付媒体種別		
		伝送	磁気	帳票
被保険者証	被保険者証作成情報（共通部）			×
	被保険者証作成情報（明細部）			×

... 必須 × ... 不要

4.2.2 第1号被保険者保険料徴収情報（入力情報）

項番	識別	情報名	内容	ルート	周期	媒体
(1)	4411	第1号被保険者保険料徴収情報 (共通部)	保険料納付書等の作成情報	保険者 国保連合会	月次	伝送 磁気
(2)	4421	第1号被保険者保険料徴収情報 (明細部)	保険料納付書等の作成情報	保険者 国保連合会	月次	伝送 磁気

種別	帳票名	受付媒体種別		
		伝送	磁気	帳票
第1号被保険者保険料徴収	第1号被保険者保険料徴収情報 (共通部)			×
	第1号被保険者保険料徴収情報 (明細部)			×

... 必須 × ... 不要

4 . 2 . 3 平成12年度特別徴収者仮徴収情報（入力情報）

<このページは削除しました>

4.2.4 被保険者証作成情報（出力情報）

項番	識別	情報名	内容	ルート	周期	媒体	出力形式	
							CSV	帳票形式
(1)	4211	被保険者証作成一 覧表情報	被保険者証の一覧表	国保連 合会 保険者	月次	伝送 磁気 帳票		汎用紙 A 4 ヨコ
(2)	4141	介護保険被保険者 証情報	被保険者証	国保連 合会 保険者	月次	帳票		専用紙 A 4 ヨコ
(3)	4911	外字空白印字リス ト（被保険者証） 情報	外字を含む被保険者証の 一覧表	国保連 合会 保険者	月次	帳票		汎用紙 A 4 ヨコ
(4)	4311	被保険者証作成情 報エラーリスト情 報	被保険者証作成情報のエ ラー分のリスト	国保連 合会 保険者	月次	伝送 磁気 帳票		汎用紙 A 4 ヨコ

種別	帳票名	出力媒体種別		
		伝送受付分	磁気受付分	
被保険者証 作成	被保険者証作成一覧表	伝送返却	磁気返却	帳票返却
	介護保険被保険者証		帳票返却	
	外字空白印字リスト（被保険者証）		帳票返却	
	被保険者証作成情報エラーリスト	伝送返却	磁気返却	帳票返却

4.2.5 第1号被保険者保険料徴収情報（出力情報）

項番	識別	情報名	内容	ルート	周期	媒体	出力形式	
							CSV	帳票形式
(1)	4511	保険料納付通知書等作成一覧表（普通徴収者）情報	普通徴収者の保険料、納期の一覧表	国保連 合会 保険者	月次	伝送 磁気 帳票		汎用紙 A 4 ヨコ
(2)	4611	保険料納付書情報	普通徴収者の保険料納付手続き書類	国保連 合会 保険者	月次	帳票		専用紙 A 4 ヨコ
(3)	4711	納入通知書兼特別徴収開始通知書	普通徴収者の年間保険料通知書	国保連 合会 保険者	月次	帳票		専用紙 A 4 タテ
(4)	4921	外字空白印字リスト（普通徴収者）情報	外字を含む納付書等の一覧表	国保連 合会 保険者	月次	帳票		汎用紙 A 4 ヨコ
(5)	4521	保険料納付通知書等作成一覧表（特別徴収者）情報	特別徴収者の保険料の一覧表	国保連 合会 保険者	月次	伝送 磁気 帳票		汎用紙 A 4 ヨコ
(6)	4721	特別徴収開始通知書情報	特別徴収者の年間保険料通知書	国保連 合会 保険者	月次	帳票		専用紙 A 4 タテ
(7)	4931	外字空白印字リスト（特別徴収者）情報	外字を含む通知書の一覧表	国保連 合会 保険者	月次	帳票		汎用紙 A 4 ヨコ
(8)	4321	第1号被保険者保険料徴収情報エラーリスト情報	第1号被保険者保険料徴収情報のエラー分のリスト	国保連 合会 保険者	月次	伝送 磁気 帳票		汎用紙 A 4 ヨコ

種別	帳票名	出力媒体種別		
		伝送受付分	磁気受付分	
第1号被保険者保険料徴収	保険料納付通知書等作成一覧表（普通徴収者）	伝送返却	磁気返却	帳票返却
	保険料納付書		帳票返却	
	納入通知書		帳票返却	
	外字空白印字リスト（普通徴収者）		帳票返却	
	保険料納付通知書等作成一覧表（特別徴収者）	伝送返却	磁気返却	帳票返却
	特別徴収開始通知書		帳票返却	
	外字空白印字リスト（特別徴収者）		帳票返却	
	第1号被保険者保険料徴収情報エラーリスト	伝送返却	磁気返却	帳票返却

4 . 2 . 6 平成12年度特別徴収者仮徴収情報（出力情報）

<このページは削除しました>

4.3 項目説明

本節では「6 インタフェース規定」のデータレコードフォーマットにおいて“データ”として記載されている項目の各帳票ごとのインタフェースについて記述する。

4.3.1 被保険者証作成情報（入力情報）

（1） 被保険者証作成情報（共通部）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	被保険者証作成情報（共通部）の交換情報識別番号を設定する		“4111”固定
2	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を設定する		1
3	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を設定する		
4	保険者番号	数字	6	広域連合の場合、広域連合の保険者番号を設定する		
5	広域連合名	漢字	40	広域連合の場合、広域連合名を設定する		

1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

(2) 被保険者証作成情報 (明細部)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力	備考	
1	交換情報識別番号	英数	4	被保険者証作成情報 (明細部) の交換情報識別番号を設定する		“4122” 固定	
2	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を設定する		2	
3	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する		2	
4	有効期限	数字	8	有効期限 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を設定する		1	
5	郵便番号	数字	7	郵便番号を設定する			
6	住所	1 行目	漢字	32	住所を設定する		
7		2 行目	漢字	32			
8		3 行目	漢字	32			
9		4 行目	漢字	32			
10		5 行目	漢字	32			
11	カナ氏名	英数	25	カナ氏名を設定する		半角カタカナ	
12	氏名 (1 行目)	漢字	32	漢字氏名を設定する			
13	氏名 (2 行目)	漢字	32				
14	生年月日	数字	8	生年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を設定する		1	
15	性別コード	数字	1	性別を設定する		2	
16	交付年月日	数字	8	交付年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を設定する		1	
17	要介護状態区分コード	数字	2	要介護状態区分を設定する		2	
18	認定年月日	数字	8	認定年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を設定する		1	
19	認定の有効期間 (開始)	数字	8	認定の有効期間の開始年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を設定する		1	
20	認定の有効期間 (終了)	数字	8	認定の有効期間の終了年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を設定する		1	
21	居宅サービス	支給限度基準額管理期間開始年月日	数字	8	居宅サービス支給限度基準額管理期間の適用開始年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を設定する		1
22		支給限度基準額管理期間終了年月日	数字	8	居宅サービス支給限度基準額管理期間の終了年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を設定する		1
23		支給限度基準額	数字	6	要介護度に応じた 1 ヶ月分の支給限度基準額を設定する		S

項番	項目名		属性	バイト数	内容	必須入力	備考	
24	うち種類支給限度基準額	サービス種類	漢字	32	サービス種類名を設定する		種類支給限度基準額(S)を設定する場合のみ	
25		1行目	種類支給限度基準額	数字	6	種類支給限度基準額を設定する		
26		2行目	サービス種類	漢字	32	サービス種類名を設定する		
27			種類支給限度基準額	数字	6	種類支給限度基準額を設定する		
28		3行目	サービス種類	漢字	32	サービス種類名を設定する		
29			種類支給限度基準額	数字	6	種類支給限度基準額を設定する		
30		4行目	サービス種類	漢字	32	サービス種類名を設定する		
31			種類支給限度基準額	数字	6	種類支給限度基準額を設定する		
32		5行目	サービス種類	漢字	32	サービス種類名を設定する		
33			種類支給限度基準額	数字	6	種類支給限度基準額を設定する		
34		6行目	サービス種類	漢字	32	サービス種類名を設定する		
35			種類支給限度基準額	数字	6	種類支給限度基準額を設定する		
36	予備	予備	数字	8			NULLを設定	
37		予備	数字	8			NULLを設定	
38		予備	数字	3			NULLを設定	
39	認定審査会及びサービスの種類の指定	1行目	漢字	50	認定審査会意見等欄記載事項を設定する			
40		2行目	漢字	50				
41		3行目	漢字	50				
42		4行目	漢字	50				
43		5行目	漢字	50				
44		6行目	漢字	50				
45		7行目	漢字	50				
46		8行目	漢字	50				
47	給付制限1		漢字	14	給付制限記載事項を設定する			
48	給付制限1・開始年月日		数字	8	給付制限開始と終了の年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1	
49	給付制限1・終了年月日		数字	8			1	

項番	項目名		属性	バイト数	内容	必須入力	備考	
50	給付制限 2		漢字	14	給付制限記載事項を設定する			
51	給付制限 2・開始年月日		数字	8	給付制限開始と終了の年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1	
52	給付制限 2・終了年月日		数字	8			1	
53	給付制限 3		漢字	14	給付制限記載事項を設定する			
54	給付制限 3・開始年月日		数字	8	給付制限開始と終了の年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1	
55	給付制限 3・終了年月日		数字	8			1	
56	居宅介護支援事業者及びその事業所の名称	事業所名 1	1行目	漢字	50	居宅介護支援事業者名、事業所名を設定する		
57			2行目	漢字	50			
58			3行目	漢字	50			
59		事業所名 2	届出年月日	数字	8	届出年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		
60			1行目	漢字	50	居宅介護支援事業者名、事業所名を設定する		
61				2行目	漢字		50	
62				3行目	漢字		50	
63		事業所名 3	届出年月日	数字	8	届出年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		
64			1行目	漢字	50	居宅介護支援事業者名、事業所名を設定する		
65				2行目	漢字		50	
66	3行目			漢字	50			
67			届出年月日	数字	8	届出年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		
68	帳票出力順序コード		数字	3	帳票出力順序コードを設定する			

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照。(P.1031)

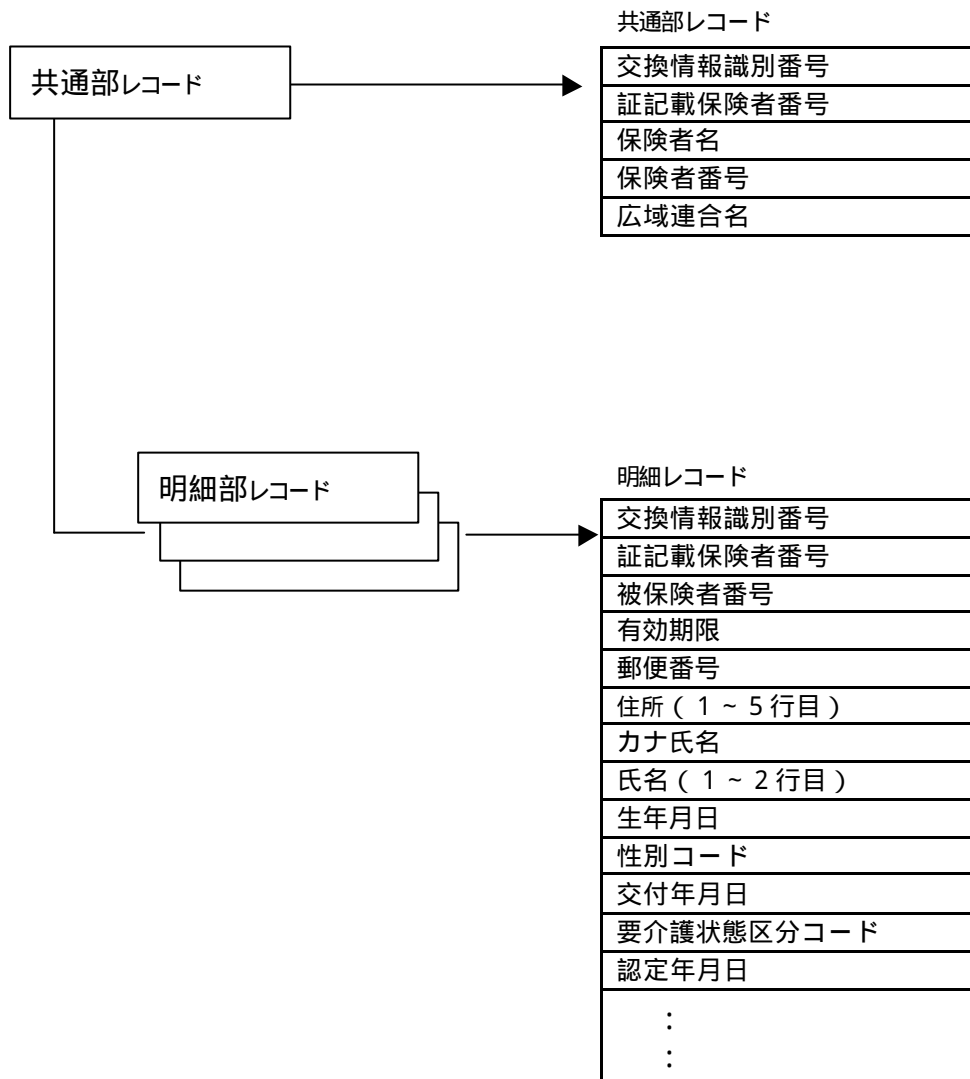
2 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付きアンパック(ゾーン)10進数形式項目〔以下：符号付き形式項目〕」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なしアンパック(ゾーン)10進数形式項目〔以下：符号なし形式項目〕」である。

レコード構成図

被保険者証作成情報



4.3.2 第1号被保険者保険料徴収情報（入力情報）

（1）第1号被保険者保険料徴収情報（共通部）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	第1号被保険者保険料徴収情報（共通部）の交換情報識別番号を設定する		“4411”固定
2	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を設定する		2
3	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を設定する		
4	保険者番号	数字	6	広域連合の場合、広域連合の保険者番号を設定する		
5	広域連合名	漢字	40	広域連合の場合、広域連合名を設定する		
6	保険者代表者名称	漢字	40	保険者代表者名称を設定する		
7	普通徴収の場合の納入場所	漢字	120	普通徴収の場合の納入場所を設定する		
8	お問い合わせ先	漢字	120	お問い合わせ先を設定する		
9	不服の申立・都道府県名	漢字	8	不服の申立・都道府県名を設定する		
10	不服の申立・住所電話番号	漢字	100	不服の申立・住所電話番号を設定する		
11	納期限	第1期・年月日	数字	8	第1期分の納期限（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	1
12		第2期・年月日	数字	8	第2期分の納期限（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	1
13		第3期・年月日	数字	8	第3期分の納期限（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	1
14		第4期・年月日	数字	8	第4期分の納期限（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	1
15		第5期・年月日	数字	8	第5期分の納期限（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	1
16		第6期・年月日	数字	8	第6期分の納期限（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	1
17		第7期・年月日	数字	8	第7期分の納期限（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	1
18		第8期・年月日	数字	8	第8期分の納期限（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	1
19		第9期・年月日	数字	8	第9期分の納期限（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	1
20		第10期・年月日	数字	8	第10期分の納期限（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	1
21		第11期・年月日	数字	8	第11期分の納期限（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	1
22		第12期・年月日	数字	8	第12期分の納期限（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	1

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照。（P.1031）

2 「6.4 コード一覧」参照。（P.1024）

(2) 第 1 号被保険者保険料徴収情報 (明細部)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力	備考	
1	交換情報識別番号	英数	4	第 1 号被保険者保険料徴収情報 (明細部) の交換情報識別番号を設定する		“4421” 固定	
2	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する		2	
3	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する		2	
4	郵便番号	数字	7	郵便番号を設定する			
5	住所	漢字	120	住所を設定する			
6	被保険者氏名 (漢字)	漢字	40	被保険者氏名 (漢字) を設定する			
7	被保険者氏名 (カナ)	英数	25	被保険者氏名 (カナ) を設定する		半角カタカナ	
8	保険料徴収区分	数字	1	保険料徴収区分を設定する		1: 普通徴収者 2: 特別徴収者	
9	要介護状態区分コード	数字	2	要介護状態区分を設定する		2	
10	帳票出力順序コード	数字	3	帳票出力順序コードを設定する			
11	文書番号	漢字	20	文書番号を設定する			
12	通知日・年月日	数字	8	通知日・年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を設定する		1	
13	決定年度・年	数字	4	決定年度の年 (西暦年 (YYYY)) を設定する		3	
14	特別徴収年度・年	数字	4	特別徴収年度の年 (西暦年 (YYYY)) を設定する		1	
15	決定日・年月日	数字	8	決定日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を設定する		1	
16	決定理由	漢字	70	決定理由を設定する			
17	年間保険料額・年度・年	数字	4	年間保険料額・年度の年 (西暦 (YYYY)) を設定する		3	
18	年間保険料額・保険料	数字	6	年間保険料額の保険料を設定する		S	
19	これからの保険料の納付方法・保険料徴収方法	保険料徴収方法	漢字	20	保険料徴収方法を設定する		
20		特別徴収義務者	漢字	20	特別徴収義務者を設定する		
21		年金種別	漢字	20	年金種別を設定する		
22	科目	英数	11	科目を設定する			
23	番号	数字	10	番号を設定する			
24	保険料額・普通徴収	第 1 期	数字	6	第 1 期分の金額を設定する		S
25		第 2 期	数字	6	第 2 期分の金額を設定する		S
26		第 3 期	数字	6	第 3 期分の金額を設定する		S
27		第 4 期	数字	6	第 4 期分の金額を設定する		S
28		第 5 期	数字	6	第 5 期分の金額を設定する		S
29		第 6 期	数字	6	第 6 期分の金額を設定する		S

項番	項目名		属性	バイト数	内容	必須入力	備考	
30		第7期	数字	6	第7期分の金額を設定する		S	
31		第8期	数字	6	第8期分の金額を設定する		S	
32		第9期	数字	6	第9期分の金額を設定する		S	
33		第10期	数字	6	第10期分の金額を設定する		S	
34		第11期	数字	6	第11期分の金額を設定する		S	
35		第12期	数字	6	第12期分の金額を設定する		S	
36		計	数字	6	合計額を設定する		S	
37		保険料額・特別徴収	4月	数字	6	4月分の金額を設定する		S
38	6月		数字	6	6月分の金額を設定する		S	
39	8月		数字	6	8月分の金額を設定する		S	
40	10月		数字	6	10月分の金額を設定する		S	
41	12月		数字	6	12月分の金額を設定する		S	
42	2月		数字	6	2月分の金額を設定する		S	
43	計		数字	6	合計額を設定する		S	
44	保険料額・合計額		数字	6	保険料合計額を設定する		S	
45	貴世帯分保険料額	第1期	数字	6	第1期分の金額を設定する		S	
46		第2期	数字	6	第2期分の金額を設定する		S	
47		第3期	数字	6	第3期分の金額を設定する		S	
48		第4期	数字	6	第4期分の金額を設定する		S	
49		第5期	数字	6	第5期分の金額を設定する		S	
50		第6期	数字	6	第6期分の金額を設定する		S	
51		第7期	数字	6	第7期分の金額を設定する		S	
52		第8期	数字	6	第8期分の金額を設定する		S	
53		第9期	数字	6	第9期分の金額を設定する		S	
54		第10期	数字	6	第10期分の金額を設定する		S	
55		第11期	数字	6	第11期分の金額を設定する		S	
56		第12期	数字	6	第12期分の金額を設定する		S	
57	計	数字	6	合計額を設定する		S		
58	保険料算定	基礎1	開始期間・年月日	数字	8	開始期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
59			終了期間・年月日	数字	8	終了期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
60		月数	数字	2	月数を設定する		S	
61		所得段階区分	漢字	20	所得段階区分を設定する			
62		保険料率	数字	8	保険料率を設定する			
63		保険料算出額	数字	6	保険料算出額を設定する		S	
64		保険料額	数字	6	保険料額を設定する		S	

項番	項目名		属性	桁数	内容	必須入力	備考	
65	保険料算定	基礎2	開始期間・年月日	数字	8	開始期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	1	
66			終了期間・年月日	数字	8	終了期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	1	
67			月数	数字	2	月数を設定する		S
68			所得段階区分	漢字	20	所得段階区分を設定する		
69			保険料率	数字	8	保険料率を設定する		
70			保険料算出額	数字	6	保険料算出額を設定する		S
71			保険料額	数字	6	保険料額を設定する		S
72		基礎3	開始期間・年月日	数字	8	開始期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	1	
73			終了期間・年月日	数字	8	終了期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	1	
74			月数	数字	2	月数を設定する		S
75			所得段階区分	漢字	20	所得段階区分を設定する		
76			保険料率	数字	8	保険料率を設定する		
77			保険料算出額	数字	6	保険料算出額を設定する		S
78			保険料額	数字	6	保険料額を設定する		S
79	延滞金算出	基礎1	開始期間・年月日	数字	8	開始期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	1	
80			終了期間・年月日	数字	8	終了期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	1	
81			日数	数字	2	日数を設定する		S
82			延滞金	数字	6	延滞金を設定する		S
83		基礎2	開始期間・年月日	数字	8	開始期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	1	
84			終了期間・年月日	数字	8	終了期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	1	
85			日数	数字	2	日数を設定する		S
86			延滞金	数字	6	延滞金を設定する		S
87		基礎3	開始期間・年月日	数字	8	開始期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	1	
88			終了期間・年月日	数字	8	終了期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	1	
89			日数	数字	2	日数を設定する		S
90			延滞金	数字	6	延滞金を設定する		S
91		基礎4	開始期間・年月日	数字	8	開始期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	1	
92			終了期間・年月日	数字	8	終了期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	1	
93	日数		数字	2	日数を設定する		S	
94	延滞金		数字	6	延滞金を設定する		S	

項番	項目名		属性	桁数	内容	必須入力	備考
95	基礎5	開始期間・年月日	数字	8	開始期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
96		終了期間・年月日	数字	8	終了期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
97		日数	数字	2	日数を設定する		S
98		延滞金	数字	6	延滞金を設定する		S
99	基礎6	開始期間・年月日	数字	8	開始期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
100		終了期間・年月日	数字	8	終了期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
101		日数	数字	2	日数を設定する		S
102		延滞金	数字	6	延滞金を設定する		S
103	基礎7	開始期間・年月日	数字	8	開始期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
104		終了期間・年月日	数字	8	終了期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
105		日数	数字	2	日数を設定する		S
106		延滞金	数字	6	延滞金を設定する		S
107	基礎8	開始期間・年月日	数字	8	開始期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
108		終了期間・年月日	数字	8	終了期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
109		日数	数字	2	日数を設定する		S
110		延滞金	数字	6	延滞金を設定する		S
111	基礎9	開始期間・年月日	数字	8	開始期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
112		終了期間・年月日	数字	8	終了期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
113		日数	数字	2	日数を設定する		S
114		延滞金	数字	6	延滞金を設定する		S
115	基礎10	開始期間・年月日	数字	8	開始期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
116		終了期間・年月日	数字	8	終了期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
117		日数	数字	2	日数を設定する		S
118		延滞金	数字	6	延滞金を設定する		S
119	基礎11	開始期間・年月日	数字	8	開始期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
120		終了期間・年月日	数字	8	終了期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
121		日数	数字	2	日数を設定する		S
122		延滞金	数字	6	延滞金を設定する		S

延滞金算出

項番	項目名		属性	バイト数	内容	必須入力	備考
123	基礎 1 2	開始期間・年月日	数字	8	開始期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
124		終了期間・年月日	数字	8	終了期間(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する		1
125		日数	数字	2	日数を設定する		S
126		延滞金	数字	6	延滞金を設定する		S
127	延滞金含む 保険料合計	第1期	数字	6	1期目の保険料を設定する		S
128		第2期	数字	6	2期目の保険料を設定する		S
129		第3期	数字	6	3期目の保険料を設定する		S
130		第4期	数字	6	4期目の保険料を設定する		S
131		第5期	数字	6	5期目の保険料を設定する		S
132		第6期	数字	6	6期目の保険料を設定する		S
133		第7期	数字	6	7期目の保険料を設定する		S
134		第8期	数字	6	8期目の保険料を設定する		S
135		第9期	数字	6	9期目の保険料を設定する		S
136		第10期	数字	6	10期目の保険料を設定する		S
137		第11期	数字	6	11期目の保険料を設定する		S
138		第12期	数字	6	12期目の保険料を設定する		S

1 「6.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.1031)

2 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

3 「6.5 留意事項:「年」欄」参照。(P.1031)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

第1号被保険者保険料徴収情報



4 . 3 . 3 平成 1 2 年度特別徴収者仮徴収情報（入力情報）

<このページは削除しました>

(1) 平成 1 2 年度特別徴収者仮徴収情報 (明細部)

<このページは削除しました>

レコード構成図

平成12年度特別徴収者仮徴収情報

<このページは削除しました>

4.3.4 被保険者証作成情報（出力情報）

（１） 被保険者証作成一覧表情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	被保険者証作成一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“4211” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別文字を出力する	“H1” 固定
3	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	1
4	国保連合会名	漢字	40	国保連合会名を出力する	
5	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	2
6	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
7	出力順	漢字	60	明細のソート条件を出力する	

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照。(P.1031)

2 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

・明細レコード（複数レコード）

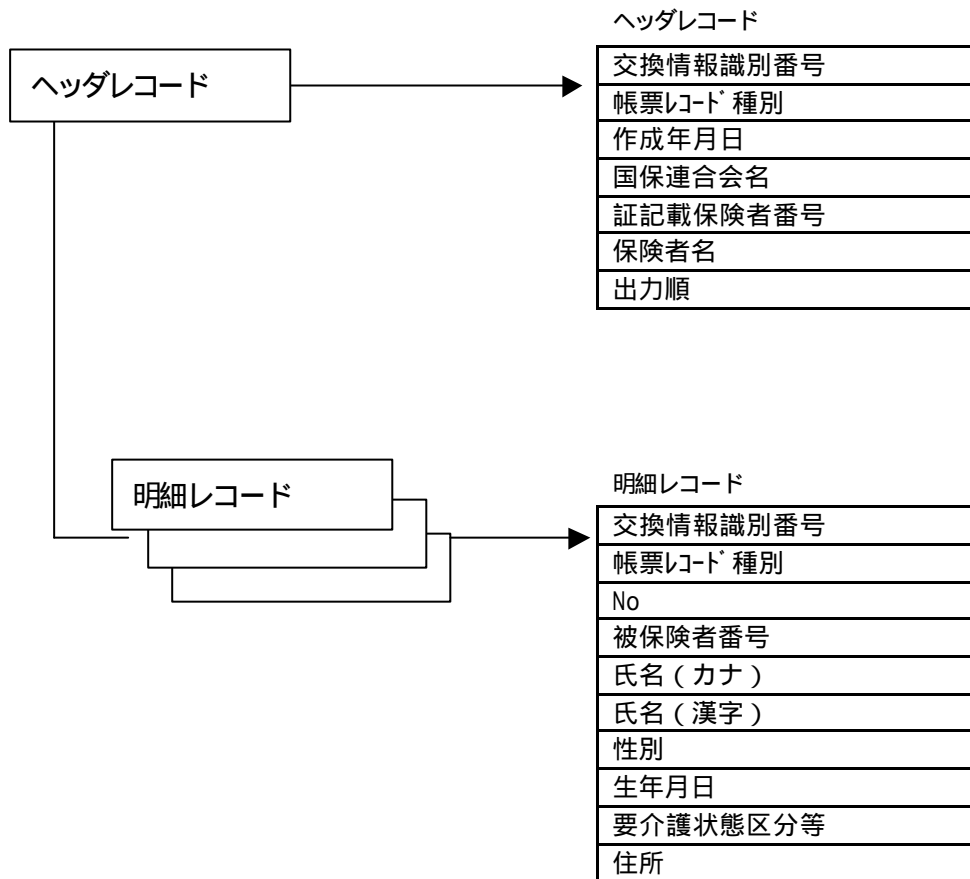
項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	被保険者証作成一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“4211” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別文字を出力する	“D1” 固定
3	No	数字	6	帳票関連付け番号を出力する	
4	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	2
5	氏名（カナ）	英数	25	被保険者のカナ氏名を出力する	半角カタカナ
6	氏名（漢字）	漢字	20	被保険者の氏名（漢字）を出力する	
7	性別	漢字	2	性別を出力する	“男”，“女”
8	生年月日	数字	8	生年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	1
9	要介護状態区分等	漢字	8	要介護状態区分を出力する	2
10	住所	漢字	60	住所 1～3 行目を結合し先頭より 30 文字を出力する	

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照。(P.1031)

2 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

レコード構成図

被保険者証作成一覧表



(2) 介護保険被保険者証情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません。

(3) 外字空白印字リスト(被保険者証)情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません。

(4) 被保険者証作成情報エラーリスト情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	被保険者証作成情報エラーリスト情報の交換情報識別番号を出力する	"4311" 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別文字を出力する	"H1" 固定
3	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1
4	国保連合会名	漢字	40	国保連合会名を出力する	
5	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	2
6	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	

1 「6.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.1031)

2 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

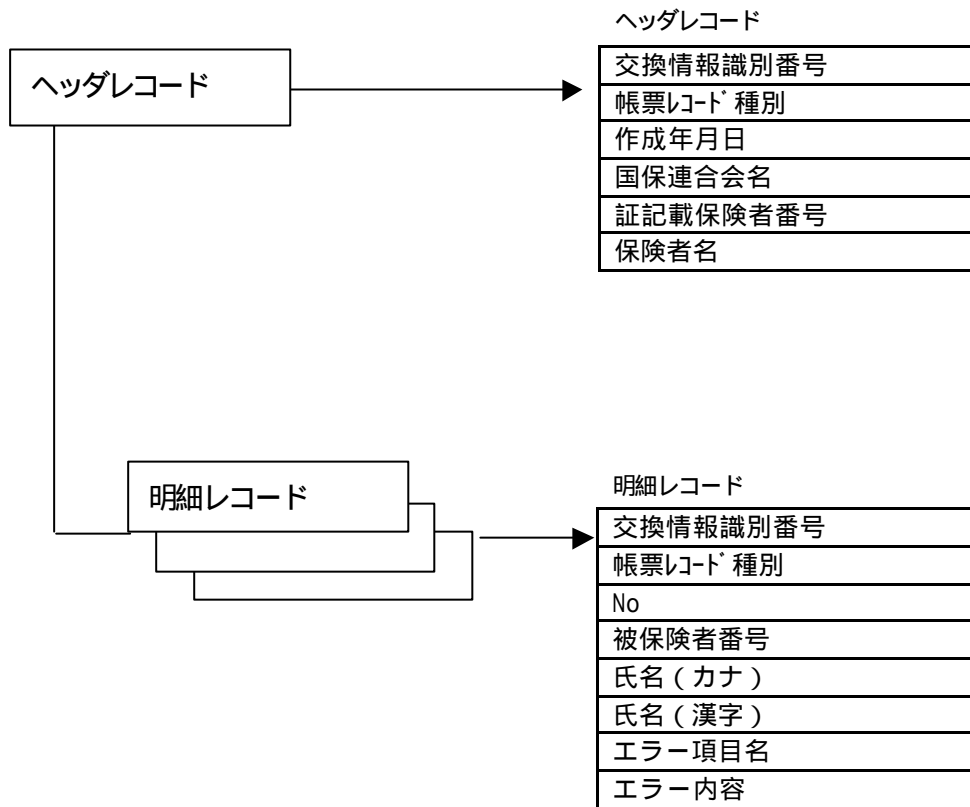
・明細レコード(複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	被保険者証作成情報エラーリスト情報の交換情報識別番号を出力する	"4311" 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別文字を出力する	"D1" 固定
3	No	数字	6	1からの連番を出力する	
4	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
5	氏名(カナ)	英数	25	被保険者の氏名(カナ)を出力する	半角カタカナ
6	氏名(漢字)	漢字	20	被保険者の氏名(漢字)を出力する	
7	エラー項目名	漢字	72	エラーが発生した項目名を出力する	
8	エラー内容	漢字	40	エラーの詳細内容を出力する	

1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

レコード構成図

被保険者証作成情報エラーリスト



4.3.5 第1号被保険者保険料徴収情報（出力情報）

（1） 保険料納付通知書等作成一覧表（普通徴収者）情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	保険料納付通知書等作成一覧表（普通徴収者）情報の交換情報識別番号を出力する	“4511” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別文字を出力する	“H1” 固定
3	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	1
4	国保連合会名	漢字	40	国保連合会名を出力する	
5	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	2
6	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
7	出力順	漢字	60	明細のソート条件を出力する	

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照。(P.1031)

2 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	保険料納付通知書等作成一覧表（普通徴収者）情報の交換情報識別番号を出力する	“4511” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別文字を出力する	“D1” 固定
3	No	数字	6	帳票関連付け番号を出力する	
4	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
5	被保険者名（カナ）	英数	25	被保険者の氏名（カナ）を出力する	半角カタカナ
6	納付額	数字	6	毎月の保険料納付額を出力する	繰り返し 12回（4月～3月） S
7	計	数字	6	保険料納付額の合計を出力する	保険料納付額の合計を出力 S
8	被保険者名（漢字）	漢字	26	被保険者の氏名（漢字）を出力する	

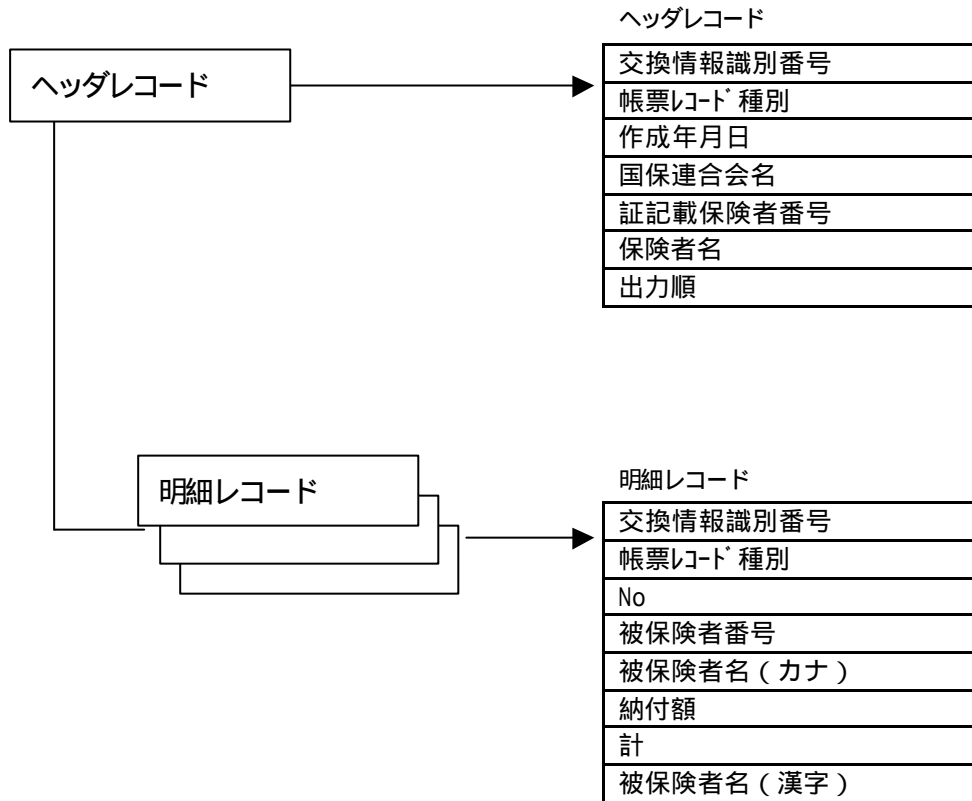
1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

保険料納付通知書等作成一覧表(普通徴収者)



(2) 保険料納付書情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません。

(3) 納入通知書兼特別徴収開始通知書

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません。

(4) 外字空白印字リスト (普通徴収者) 情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません。

(5) 保険料納付通知書等作成一覧表 (特別徴収者) 情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	保険料納付通知書等作成一覧表 (特別徴収者) 情報の交換情報識別番号を出力する	“4521” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別文字を出力する	“H1” 固定
3	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を出力する	1
4	国保連合会名	漢字	40	国保連合会名を出力する	
5	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	2
6	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
7	出力順	漢字	60	明細のソート条件を出力する	

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照。(P.1031)

2 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	保険料納付通知書等作成一覧表（特別徴収者）情報の交換情報識別番号を出力する	“4521” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別文字を出力する	“D1” 固定
3	No	数字	6	帳票関連付け番号を出力する	
4	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
5	氏名（カナ）	英数	25	被保険者の氏名（カナ）を出力する	半角カタカナ
6	特別徴収額（上段）	数字	6	特別徴収額を出力する	繰り返し 6回(4,6,8,10,12,2月) S
7	計（上段）	数字	6	特別徴収額の計を出力する	S
8	氏名（漢字）	漢字	26	被保険者の氏名（漢字）を出力する	
9	普通徴収額（下段）	数字	6	月別の普通徴収額を出力する	繰り返し 12回 S
10	計（下段）	数字	6	普通徴収額の計を出力する	S
11	合計	数字	6	徴収額の合計を出力する	S

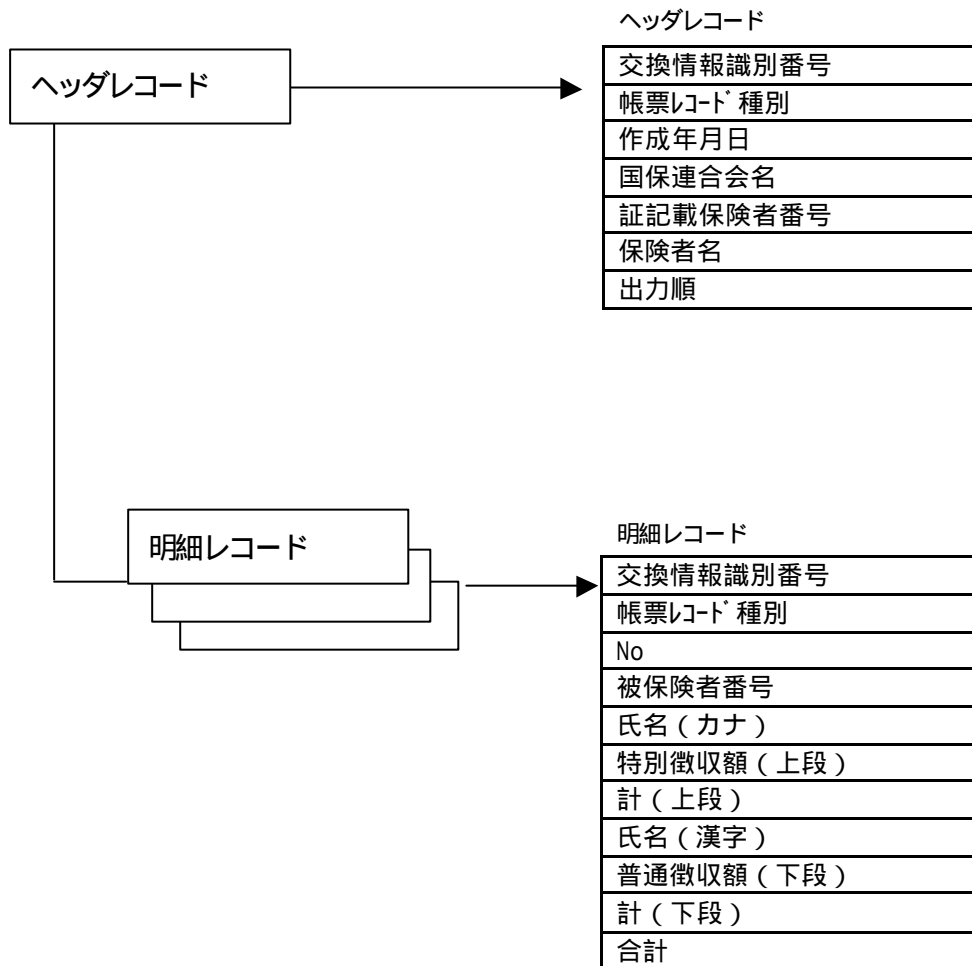
1 「64 コード一覧」参照。(P.1024)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

保険料納付通知書等作成一覧表(特別徴収者)



(6) 特別徴収開始通知書情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません。

(7) 外字空白印字リスト (特別徴収者) 情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません。

(8) 第 1 号被保険者保険料徴収情報エラーリスト情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	第 1 号被保険者保険料徴収情報エラーリスト情報の交換情報識別番号を出力する	“4321” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別文字を出力する	“H1” 固定
3	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を出力する	1
4	国保連合会名	漢字	40	国保連合会名を出力する	
5	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	2
6	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	

1 「6.5 留意事項：「年月日」欄」参照。(P.1031)

2 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

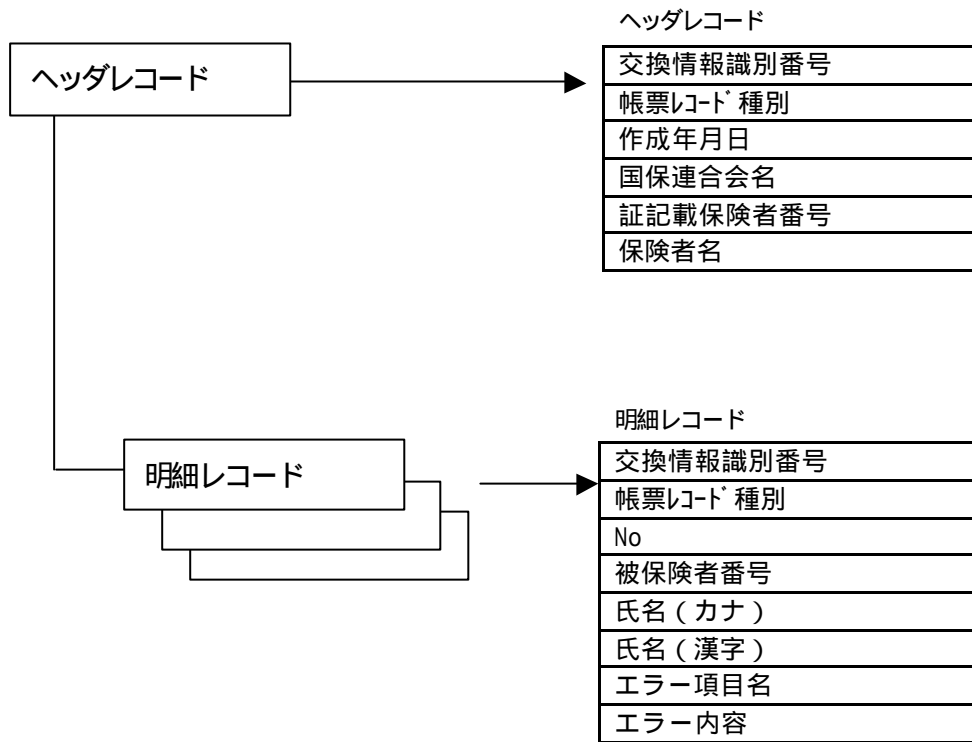
・明細レコード (複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	第 1 号被保険者保険料徴収情報エラーリスト情報の交換情報識別番号を出力する	“4321” 固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別文字を出力する	“D1” 固定
3	No	数字	6	1 からの連番を出力する	
4	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
5	氏名 (カナ)	英数	25	被保険者の氏名 (カナ) を出力する	半角カタカナ
6	氏名 (漢字)	漢字	20	被保険者の氏名 (漢字) を出力する	
7	エラー項目名	漢字	42	エラーが発生した項目名を出力する	
8	エラー内容	漢字	70	エラーの詳細内容を出力する	

1 「6.4 コード一覧」参照。(P.1024)

レコード構成図

第1号被保険者保険料徴収情報エラーリスト



4 . 3 . 6 平成 1 2 年度特別徴収者仮徴収情報（出力情報）

<このページは削除しました>

4 . 4 帳票イメージ

(一)

(二)

(三)

介護保険被保険者証														
有効期限		NN Z9年 Z9月 Z9日												
被 保 険 者	番 号	N - - - 10 - - - - N												
	住 所	N - - - 16 - - - - - - - - N												
		N - - - 16 - - - - - - - - N												
		N - - - 16 - - - - - - - - N												
		N - - - 16 - - - - - - - - N												
		N - - - 16 - - - - - - - - N												
フリガナ	X-----25-----X													
氏 名	N - - - 16 - - - - - - - - N													
	N - - - 16 - - - - - - - - N													
生年月日	NN	Z9年	Z9月	Z9日	性別	男・女								
交付年月日	NN Z9年 Z9月 Z9日													
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;">9</td><td style="width: 20px; height: 20px;">9</td><td style="width: 20px; height: 20px;">9</td><td style="width: 20px; height: 20px;">9</td><td style="width: 20px; height: 20px;">9</td></tr> </table>					9	9	9	9	9	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; margin: 0 auto;"></div> 印			
	9	9	9	9	9									
○○○○市														

要介護状態区分等	NNNN			
認定年月日	NN	Z9年	Z9月	Z9日
認定の有効期間	NN Z9年 Z9月 Z9日 ~ NN Z9年 Z9月 Z9日			
居宅サービス	区分支給限度基準額			
	NN Z9年 Z9月 Z9日 ~ NN Z9年 Z9月 Z9日		ZZZZZ9 NN	
うち種類支給限度基準額	サービスの種類		種類支給限度基準額	
	N - - - - 16 - - - - - - - - N		ZZZZZ9 NN	
	N - - - - 16 - - - - - - - - N		ZZZZZ9 NN	
	N - - - - 16 - - - - - - - - N		ZZZZZ9 NN	
	N - - - - 16 - - - - - - - - N		ZZZZZ9 NN	
	N - - - - 16 - - - - - - - - N		ZZZZZ9 NN	
	N - - - - 16 - - - - - - - - N		ZZZZZ9 NN	
	N - - - - 16 - - - - - - - - N		ZZZZZ9 NN	
認定審査会 の意見及び サービスの 種類の指定	N - - - - - 25 - - - - - - - - N			
	N - - - - - 25 - - - - - - - - N			
	N - - - - - 25 - - - - - - - - N			
	N - - - - - 25 - - - - - - - - N			
	N - - - - - 25 - - - - - - - - N			
	N - - - - - 25 - - - - - - - - N			
	N - - - - - 25 - - - - - - - - N			

給付制限	内 容	期 間
	NNNNNNNN	開始年月日 NN Z9年 Z9月 Z9日 終了年月日 NN Z9年 Z9月 Z9日
	NNNNNNNN	開始年月日 NN Z9年 Z9月 Z9日 終了年月日 NN Z9年 Z9月 Z9日
	NNNNNNNN	開始年月日 NN Z9年 Z9月 Z9日 終了年月日 NN Z9年 Z9月 Z9日
居宅介護支援事業者及 びその事業所の名称	N - - - - - 25 - - - - - - - - N	届出年月日 NN Z9年 Z9月 Z9日
	N - - - - - 25 - - - - - - - - N	
	N - - - - - 25 - - - - - - - - N	
	N - - - - - 25 - - - - - - - - N	
	N - - - - - 25 - - - - - - - - N	
介護保険施設等	種類	入所 入院 年月日 年 月 日
	名称	退所 退院 年月日 年 月 日
	種類	入所 入院 年月日 年 月 日
	名称	退所 退院 年月日 年 月 日

納 付 書

年度	領 収 書	
	Z9	加入者 〇〇市(町村) 収 入 役

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。

介護保険料
納付についてお願い

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
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

納付書 〒XXX-XXXX
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
住所 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
氏名 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

科目	番号			
XX-XX-XX-XX	XXXXXXXXXX			
区分	保険料額	ZZZ,ZZ9 円		
延滞金及び算出基礎	XZ9.Z9.Z9 から XZ9.Z9.Z9 まで Z9 日間	ZZZ,ZZ9 円		
合計	ZZZ,ZZ9 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、加算金及び過料	第1号被保険者延滞金	延滞金
ただし NN Z9 年度 Z9 期分				
納期限 NN Z9 年 Z9 月 Z9 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)

年度	原 付	
	Z9	加入者 〇〇市(町村) 収 入 役

納付書

氏名 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

科目	番号			
XX-XX-XX-XX	XXXXXXXXXX			
保険料額	ZZZ,ZZ9 円			
延滞金	ZZZ,ZZ9 円			
合計	ZZZ,ZZ9 円			
会計	節			
介護保険		現年分		
介護保険		延滞金		
ただし NN Z9 年度 Z9 期分				
納期限 NN Z9 年 Z9 月 Z9 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	納付済通知書	
	Z9	加入者 〇〇市(町村) 収 入 役

納付書

氏名 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

科目	番号			
XX-XX-XX-XX	XXXXXXXXXX			
区分	保険料額	ZZZ,ZZ9 円		
延滞金及び算出基礎	XZ9.Z9.Z9 から XZ9.Z9.Z9 まで Z9 日間	ZZZ,ZZ9 円		
合計	ZZZ,ZZ9 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、加算金及び過料	第1号被保険者延滞金	延滞金
ただし NN Z9 年度 Z9 期分				
納期限 NN Z9 年 Z9 月 Z9 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)

外字空白印字リスト(特別徴収者)

NNZ9年Z9月Z9日

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	保険者名		
999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		出力順：NN
No	被保険者番号	被保険者氏名(カナ)	被保険者氏名(漢字)
送付先住所			
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
ZZZZ9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

このページは空白です。

被保険者証作成一覧表

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	確認	被保険者番号	氏名(カナ)	氏名(漢字)	性別	生年月日	要介護状態区分等	住所
1		1200140030	加代 太郎	介護 太郎	男	T 5. 1. 1	要介護 1	市 町××丁目××番地
2		1200140031	加代 花子	介護 花子	女	T 5. 2. 1	要介護 2	市 町××丁目××番地

(一)

介護保険被保険者証							
有効期限	平成 17年 9月 30日						
被 保 険 者	番号 1200140030						
	住所 市 町××丁目××番地						
氏名	フリガナ カゴ 太郎						
	氏名 介護 太郎						
生年月日	大正 5年 1月 1日 性別 男・女						
交付年月日	平成 14年 4月 1日						
保険者番号並びに保険者の名称及び印	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>×</td><td>×</td> </tr> </table> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; vertical-align: middle; text-align: center; margin-left: 20px;">印</div> <p>〇〇〇〇市</p>	1	2	3	4	×	×
1	2	3	4	×	×		

(二)

要介護状態区分等	要介護1	
認定年月日	平成 14年 4月 1日	
認定の有効期間	平成 14年 4月 1日 ~ 平成 14年 9月 30日	
居宅サービス <small>うち種類支給限度基準額</small>	区分支給限度基準額	
	平成 14年 4月 1日 ~ 平成 14年 9月 30日	
	1月当たり 単位	
	サービスの種類	種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	サービス種類1 *****	単位
	サービス種類2 *****	単位
認定審査会意見1 *****	認定審査会意見2 *****	

(三)

給付制限	内容	期間
	NNNNNNN	開始年月日 年 月 日 終了年月日 年 月 日
	NNNNNNN	開始年月日 年 月 日 終了年月日 年 月 日
	NNNNNNN	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 ひその 事業所の名称	居宅介護支援事業者名1 *****	
	居宅介護支援事業者名2 *****	
	届出年月日 平成 14年 3月 20日	
介護保険施設等	種類	入所入院 年月日 年 月 日
	名称	退所退院 年月日 年 月 日
	種類	入所入院 年月日 年 月 日
名称	退所退院 年月日 年 月 日	

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
1234XX		XX県 市		
No	被保険者番号	被保険者氏名(カナ)		住所
		被保険者氏名(漢字)		
1	1200140030	カノ 如 介護 太郎	市 町××丁目××番地	
2	1200140031	カノ ヒロ 介護 花	市 町××丁目××番地	

被保険者証作成情報エラーリスト

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			
1234XX		XX県 市			
No	被保険者番号	氏名(カナ)	氏名(漢字)	エラー項目名	エラー内容
1	1200140030	カゴ マコ	介護 太郎	住所(1行目)	レングスエラー
2	1200140031	カゴ ハコ	介護 花子	生年月日	内容エラー

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		保険者名		出力順：証番号順												
1234XX		XX県 市														
No	被保険者番号	氏名		納付額												
		氏名(カナ)	氏名(漢字)	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
1	1200140030	加代 知	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	31,200
2	1200140031	加代 ハコ	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	31,200

納 付 書

年度	領 収 書	
	12	加入者 〇〇市(町村) 収 入 役

介護保険料
納付についてお願い

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

納付書 〒123-4567
住所 県 x x 市 1 - 2 - 3

氏名 介護 太郎 様

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

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。

領収書は2年間保管してください。

(納付者保管)

年度	原 付	
	12	加入者 〇〇市(町村) 収 入 役

納付書

氏名 介護 太郎 様

科目	番号			
11-11-11-11	1234567890			
保険料額	2,600 円			
延滞金	100 円			
合 計	2,700 円			
会 計	節			
介護保険		現年分		
介護保険		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	納付済通知書	
	12	加入者 〇〇市(町村) 収 入 役

納付書

氏名 介護 太郎 様

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

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		保険者名		出力順：証番号順	
1234XX		X X 県 市			
No	被保険者番号	被保険者氏名(カナ)		送付先住所	
		被保険者氏名(漢字)			
1	1200140030	カコ 知コ	介護 太郎	県××市	1 - 2 - 3
2	1200140031	カコ 八コ	介護 花子	県××市	4 - 5 - 6

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

保険者番号		保険者名		出力順：証番号順													
1234XX		XX県 市															
No	被保険者番号	氏名(カナ)	徴収額(上段：特別徴収 下段：普通徴収)												計	合計	
		氏名(漢字)	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	加仁 知	5,200		5,200		5,200		5,200		5,200		5,200		5,200	5,200	31,200
		介護 太郎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2	1200140031	加仁 八口	0		0		0		5,200		5,200		5,200		15,600	31,200	
		介護 花子	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	2,600	0	0	0	0	0	0	15,600		

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

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。
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		責世帯分保険料額 *
	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、
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		保険者名		出力順：証番号順	
1234XX		X X 県 市			
No	被保険者番号	被保険者氏名 (カナ)		送付先住所	
		被保険者氏名 (漢字)			
1	1200140030	カイト 太郎 介護 太郎		県 x x 市	1 - 2 - 3
2	1200140031	カイト ハナコ 介護 花子		県 x x 市	4 - 5 - 6

第1号被保険者保険料徴収情報エラーリスト

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			
1234XX		XX県 市			
	被保険者番号	氏名(カナ)	氏名(漢字)	エラー項目名	エラー内容
1	1200140030	カノ タケ	介護 太郎	住所	レンジスエラー
2	1200140031	カノ ハコ	介護 花子	住所	レンジスエラー

このページは空白です。

このページは空白です。