

3.4 国保連合会への委託について

3.4.2 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。

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																					
	(フリガナ)																					
	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	から	平成			年			月			日

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												

NXXXXXXXXX
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN N

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

記

フリガナ 被保険者氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		N	保険者番号	999999				
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			被保険者番号	X	X	X	X	X
生年月日	NN Z9 年 Z9 月 Z9 日								
サービス提供 年月	NN Z9 年 Z9 月								
自己負担金額	ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN		ZZZ,ZZZ,ZZ9 円				

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

【提出・問い合わせ先】
 NXXXXXXXXX
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

電話番号 XXXXXXXXXXXX

(999999)

加除第2号

国保連 保険者

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

- 463 -

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						給付率引下対象有無		
				年	月	日	年	月	日	年	月	日						
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN

国保連 保険者

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
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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							給付率引下対象有無
				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	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN

保険者 国保連

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	一時差止金額
終了年月日	平成		年		月		日	1:一部差止 2:全部差止	

高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)									
世帯所得区分	1: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								

国保連 保険者

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	99
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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				帳票出力順序コード	999
					XXXXXXXXXXXXXXX				
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN								
	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	一時差止金額
終了年月日	NN	99	年	99	月	99	日	9	999,999,999

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

- 479 -

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	
	(フリガナ)	カノウ 知ウ										
	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・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
支払期間			口座種目	普通
			口座番号	1 2 3 4 5 X X
			口座名義人	カノウ 知ウ

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					
サービス提供年月	平成 17 年 8 月								
受付年月日	平成 17 年 9 月 1 日			決定年月日	平成 17 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	振込先	金融機関	銀行
				本店
支払場所			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	かご けい	

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 _____
 依頼人 _____ 市 _____

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) カゴ 知	50,000			
銀行 支店	㊦	34567XX	(14207800XX) カゴ ジ	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...ト
 その他 ...ㄱ

加除第2号

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 如		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	1	2	3	4	5	X	X
					2. 当座預金							
					9. その他							
	フリガナ	かご 如										
	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	カゴ 知ウ 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	1	4	2	0	7	7	0	0	X	X
サービス提供 年月	平成 17 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	加藤 知		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 日 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													
申請者 住所 電話番号													
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
サービス提供年月	平成 17 年 8 月												
受付年月日	平成 17 年 9 月 1 日				決定年月日	平成 17 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	振込先	金融機関	銀行
				本店
支払場所			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	かご へこ	

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 _____
 依頼人 _____ 市 _____

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	ㄗ	12345XX	(14207700XX) カゴ 知	50,000			
銀行 支店	ㄗ	34567XX	(14207800XX) カゴ ジ	30,000			
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
				小計	2 件	80,000	件
				合計	2 件	80,000	件

* 種目
 普通預金...ㄗ
 当座預金...ト
 その他 ...ㄗ

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	マキカシヨクシヨクシヨクシヨク
	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

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

理事長印

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		種記	
受 取 人	預金種目	普通	口座番号	1234567
	氏名	県国民健康保険団体連合会		
	氏名	市 殿		
依頼人	マキカシヨクシヨクシヨクシヨク			礼照合印
氏名	市 殿			

(おねがい)
1. この振込は他の銀行と一緒にすることなく個別にお取扱い下さい。

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）

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

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

理事長印

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

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 18 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	18	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				給付率引下対象有無
8111XX		XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	平成	年	月	日	平成	年	月	日	有り
8122XX	× × × × ×	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	平成	年	月	日	平成	年	月	日	無し
				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	

- 509 -

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 18 年 5 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:修正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成	18	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	18	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				給付率引下対象有無
8111XX		XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	平成	年	月	日	平成	年	月	日	有り
8122XX	× × × × ×	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	平成	年	月	日	平成	年	月	日	無し
				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	

- 510 -

国保連 保険者

共同処理用市町村特別給付更新結果

平成 18 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	18	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	18	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				給付率引下対象有無			
811111		XXXXXX	XXXXXX	平成	18	年	04	月	01	日	平成		年		月		日	有り
812222	× × × × × ×	XXXXXX	XXXXXX	平成	18	年	04	月	01	日	平成		年		月		日	無し
				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	

- 5 1 1 -

国保連 保険者

共同処理用市町村特別給付情報

平成 18 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	18	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	18	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				給付率引下対象有無	
				平成	年	月	日	平成	年	月	日					
811111		XXXXXX	XXXXXX	平成	18	年	04	月	01	日	平成		年	月	日	有り
812222	x x x x x x	XXXXXX	XXXXXX	平成	18	年	04	月	01	日	平成		年	月	日	無し
				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	

- 5 1 2 -

保険者 国保連

共同処理用受給者異動連絡票

平成 18 年 6 月 1 日

1 頁

保険者名
××市

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

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

異動年月日	平成	18	年	04	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

基本情報

氏名	介 護 太 郎	電話番号	0 1 2 - 3 4 5 - 6 7 X X
住所	1 2 3 - 4 5 X X	マルマルケンハツハツシサンカクサンカク1-2-3	帳票出力順序コード 1 1 1
	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	17	年		月		日	区分	一時差止金額
終了年月日	平成	18	年	××	月	××	日	①:一部差止 2:全部差止	1000

高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	1 2 3 4 5 6 7 8 X X
世帯所得区分	①: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

- 5 2 5 -

保険者 国保連

共同処理用受給者訂正連絡票

平成 18 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	18	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	18	年	05	月	01	日

基本情報

氏名																										電話番号	0	1	2	-	3	4	5	-	9	9	X	X
住所	1	2	3	-	4	5	X	X	マ	ル	ケ	ン	ハ	ツ	シ	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	一時差止金額
終了年月日	平成		年		月		日	1:一部差止 2:全部差止	

高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)										
世帯所得区分	1: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							

国保連 保険者

共同処理用受給者情報更新結果

平成 18 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	18	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	マルケンパ ツバ ヅサンカサカ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	17	年		月		日	区分	一時差止金額
終了年月日	平成	18	年	××	月	××	日	1	1000

高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	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

国保連 保険者

共同処理用受給者情報

平成 18 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	18	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 ツツサカカサカ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	17	年		月		日	区分	一時差止金額
終了年月日	平成	18	年	××	月	××	日	1	1000

高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	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

- 5 2 8 -