

保険者 国保連

原案作成委託料異動連絡票（基本）情報（例）

令和 6年 5月 1日 （ 1頁）

保険者名
市

[原案作成委託料基本情報]

異動年月日				異動区分	異動事由	事業所番号										サービス種類コード		施設所在保険者番号						委託料設定単位	原案作成委託料請求先	委託料種類	委託料計算端数処理方法		
年号	年	月	日			1	2	3	4	5	0	0	0	X	X	4	6	1	2	3	4	X	X						
令和	0	6	0	4	0	1	1	2	3	4	5	0	0	0	X	X	4	6	1	2	3	4	X	X	1	1	1	1	
令和	0	6	0	4	0	1	1	2	3	4	5	0	0	0	X	X	A	F	1	2	3	4	X	X	1	1	2		

保険者 国保連

原案作成委託料異動連絡票（保険者単位・証記載保険者単位）情報（例）

令和 6年 5月 1日 （ 1頁）

証記載 保険者番号					
1	2	3	4	X	X

保険者番号					
1	2	3	4	0	X

保険者名	
市	

[原案作成委託料保険者単位・証記載保険者単位情報]

異動年月日				異動 区分	異動 事由	サービス 種類 コード	サービス 項目 コード	適用開始年月			適用終了年月			委託割合	委託金額			
年号	年	月	日					年号	年	月	年号	年	月					
令和	0	6	0	4	0	1	1	0	1	4	6	令和	0	6	0	4		
令和	0	6	0	4	0	1	1	0	1	A	F	令和	0	6	0	4		

保険者 国保連

原案作成委託料異動連絡票（事業所単位）情報（例）

令和 6年 5月 1日 （ 1頁）

事業所番号									
1	2	3	4	5	0	0	0	X	X

保険者名	
市	

[原案作成委託料事業所単位情報]

異動年月日				異動区分	異動事由	サービス種類コード	サービス項目コード	適用開始年月			適用終了年月			委託割合	委託金額
年号	年	月	日					年号	年	月	年号	年	月		
令和	0	6	0	4	0	1	1	0	1	4	6				
令和	0	6	0	4	0	1	1	0	1	A	F				













国保連 保険者

原案作成委託料台帳（基本）情報（例）

令和 6年 6月 1日 1頁  
 県国民健康保険団体連合会

保険者名
市

異動年月日	異動区分	異動事由	訂正年月日	事業所番号	サービス種類コード	施設所在保険者番号	委託料設定単位	原案作成委託料請求先	委託料種類	委託料計算端数処理方法
令和 6年 4月 1日	1	01	令和 6年 6月 1日	12345000XX	46	1234XX	1	1	1	2
令和 6年 4月 1日	1	01		12345000XX	AF	1234XX	1	1	2	

国保連 保険者

原案作成委託料台帳

令和 6年 6月 1日 1頁  
 県国民健康保険団体連合会

( 保険者単位・証記載保険者単位 ) 情報(例)

保険者名
市

証記載 保険者番号
1234XX

異動年月日	異動 区分	異動 事由	訂正年月日	サービス 種類	サービス 項目 コード	適用開始年月	委託割合	委託金額
						適用終了年月		
令和 6年 4月 1日	1	01	令和 6年 6月 1日	46		令和 6年 4月		
令和 6年 4月 1日	1	01		AF		令和 6年 4月		

国保連 保険者

原案作成委託料台帳  
(事業所単位)情報(例)

令和 6年 6月 1日 1頁  
県国民健康保険団体連合会

保険者名
市

事業所番号
12345000XX

異動年月日	異動区分	異動事由	訂正年月日	サービス種類コード	サービス項目コード	適用開始年月	適用終了年月	委託割合	委託金額
令和 6年 4月 1日	1	01	令和 6年 6月 1日	46		令和 6年 4月			
令和 6年 4月 1日	1	01		AF		令和 6年 4月			

介護予防支援費  
原案作成委託料 払込請求書

市 殿

令和6年5月原案作成委託料を下記のとおり払込み下さい。

金額	400,000 円	払込期限	令和6年6月15日
		送金先	銀行 支店
		預金種目	普通 口座番号 1234567
		口座名	〒〒〒〒〒〒

令和6年6月15日

県 市 町1-1-1  
国民健康保険団体連合会  
理事長 国民 太郎

理事長印

振込人 取扱銀行 振込人

領 収 書

市 殿

令和6年5月原案作成委託料を下記のとおり領収いたしました。

金額	400,000 円	(取扱店)
----	-----------	-------

年 月 日

取扱店の領収印のないものは無効です。

国民健康保険団体連合会  
理事長 国民 太郎

理事長印

振込人 取扱銀行 振込人

振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印

取組日	年 月 日	実施印
先方銀行	銀行 支店	複記
受取人	預金種目 普通 口座番号 1234567 金額 400,000 円	
取 人	フリガナ 〒〒〒〒〒〒 氏名 国民健康保険団体連合会	孔照合印
依頼人	フリガナ 〒〒〒 氏名 市 殿	

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

公 金

備考	介護予防支援費の原案作成委託料
審査年月	6年5月
払込期限	6年6月15日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行(保管)

介護予防支援費  
原案作成委託料 振込通知書

令和6年5月 審査分

( 経由 )

国民健康保険団体連合会 殿

金額	400,000 円	口座番号	収入科目		
		1234567	款	項	目 節
			00	00	00 00

振込人	番号	900010
氏名	市	

振込人 取扱銀行 連合会

介護予防ケアマネジメント費  
原案作成委託料 払込請求書

市 殿

令和6年5月原案作成委託料を下記のとおり払込み下さい。

金額	400,000 円	払込期限	令和6年6月15日
		送金先	銀行 支店
		預金種目	普通 口座番号 1234567
		口座名	フリガナ

令和6年6月15日

市 町1-1-1  
国民健康保険団体連合会  
理事長 国民 太郎

理事  
長印

振込人 取扱銀行 振込人

領 収 書

市 殿

令和6年5月原案作成委託料を下記のとおり領収いたしました。

金額	400,000 円	(取扱店)
----	-----------	-------

年 月 日

取扱店の領収印のないものは  
無効です。

国民健康保険団体連合会  
理事長 国民 太郎

理事  
長印

振込人 取扱銀行 振込人

振込依頼書

入金票	通帳番号	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	複記
受取人	預金種目 普通 口座番号 1234567 金額 400,000 円 フリガナ 氏名 国民健康保険団体連合会	孔照合印
依頼人	フリガナ 氏名 市 殿	(おながい) 1. この振込は他の銀行と 一緒にすることなく個別に お取扱下さい。

公 金

備考	介護予防ケアマネジメント費の原案作成委託料
審査年月	6年5月
払込期限	6年6月15日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行(保管)

介護予防ケアマネジメント費  
原案作成委託料 振込通知書

令和6年5月 審査分

( 経由 )

国民健康保険団体連合会 殿

金額	400,000 円	口座番号	収入科目		
		1234567	款	項	目 節
			00	00	00 00

振込人 取扱銀行 連合会

振込人	番号	900010
	氏名	市

介護予防支援費  
原案作成委託料 手数料払込請求書

市 殿

令和6年5月原案作成委託料事務処理手数料を下記のとおり払込み下さい。

金額 (10%対象)		880 円 (内消費税額等 80 円)		払込期限	令和6年6月15日		
内訳	件数	一件当たり 単価	金額	送金先	銀行 支店		
	件	円	銭	預金種目	普通	口座 番号	1234567
	88	10	0	880 円	口座名	〒〒〒〒〒〒	

令和6年6月15日

県 市 町1-1-1  
国民健康保険団体連合会  
理事長 国民 太郎

振込人 取扱銀行 振込人 (登録番号 T1234567890123)

理事  
長印

領 収 書

市 殿

令和6年5月原案作成委託料事務処理手数料を下記のとおり領収いたしました。

金額		880 円		(取扱店)			
内訳	件数	一件当たり 単価	金額				
	件	円	銭	880 円			
	88	10	0				

年 月 日

取扱店の領収印のないものは  
無効です。

国民健康保険団体連合会  
理事長 国民 太郎

振込人 取扱銀行 振込人

理事  
長印

振込依頼書

入金票	通過番号	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	複記
受取人	預金種目 普通 口座番号 1234567 金額 880 円	
フリガナ	〒〒〒〒〒〒	氏名 国民健康保険団体連合会
依頼人	フリガナ 氏名 市 殿	

(おながい)  
1. この振込は他の銀行と一緒にごとなく個別にお取扱下さい。

公 金

備考  
介護予防支援費の原案作成委託料事務処理手数料  
審査年月 6年5月  
払込期限 6年6月15日

振込人・取扱銀行(保管)

出納済印または振替科目

介護予防支援費  
原案作成委託料 手数料振込通知書

令和6年5月 審査分

( 経由 )

国民健康保険団体連合会 殿

金額		880 円		口座番号	1234567			
内訳	件数	一件当たり 単価	金額	880 円	収入科目			
	88	円	銭		款	項	目	節
					00	00	00	00

振込人 取扱銀行 連合会

振込人	番号	900010
	氏名	市

介護予防ケアマネジメント費  
原案作成委託料 手数料払込請求書

市 殿

令和6年5月原案作成委託料事務処理手数料を下記のとおり払込み下さい。

金額 (10%対象)		880 円 (内消費税等 80 円)		払込期限	令和6年6月15日		
内訳	件数	一件当たり 単価	金額	送金先	銀行 支店		
	件	円	銭	預金種目	普通	口座 番号	1234567
	88	10	0	880 円	口座名	フリガナ	

令和6年6月15日

県 市 町1-1-1  
国民健康保険団体連合会  
理事長 国民 太郎

振込人 取扱銀行 振込人 (登録番号 T1234567890123)

理事  
長印

領 収 書

市 殿

令和6年5月原案作成委託料事務処理手数料を下記のとおり領収いたしました。

金額		880 円		(取扱店)			
内訳	件数	一件当たり 単価	金額				
	件	円	銭	880 円			
	88	10	0				

年 月 日

取扱店の領収印のないものは  
無効です。

国民健康保険団体連合会  
理事長 国民 太郎

振込人 取扱銀行 振込人

理事  
長印

振込依頼書

入金票	通番	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		複記			
受取人	預金種目	普通	口座番号	1234567	金額	880 円
	フリガナ	フリガナ				
依頼人	氏名	国民健康保険団体連合会				
	フリガナ	フリガナ				

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

公 金

備考	介護予防ケアマネジメント費の原案作成委託料事務処理手数料
審査年月	6 年 5 月
払込期限	6 年 6 月 15 日

振込人・取扱銀行(保管)

出納済印または振替科目

介護予防ケアマネジメント費  
原案作成委託料 手数料振込通知書

令和6年5月 審査分

( 経由 )

国民健康保険団体連合会 殿

金額		880 円		口座番号	1234567			
内訳	件数	一件当たり 単価	金額	収入科目	款	項	目	節
	88	円	銭		00	00	00	00
	88	10	0	880 円				

振込人	番号	900010
氏名	市	

振込人 取扱銀行 連合会



国民健康保険 保険者

介護予防支援費原案作成委託料明細表

令和6年6月 審査分

令和6年7月1日  
1頁  
国民健康保険団体連合会

証記載保険者番号	900010
証記載保険者名	市

事業所番号 (地域包括支援 センター)	地域包括支援センター名	証記載 保険者 番号	被保険者番号	被保険者氏名	公費 負担者 番号	公費負担者名	公費 支給者 番号	サービス 提供年月	委託先居宅介護 支援事業所番号	委託先居宅介護支援事業所名	介護予防支援費	原案作成委託料	原案作成委託料 請求額	原案作成委託料 未請求額	備考
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	0000000001	七村フク01			1000001	R6.5	9070100010	居宅介護支援事業所1	4,380	4,000	0	0	
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	0000000002	七村フク02			1000002	R6.4	9070100010	居宅介護支援事業所1	7,380	6,700	0	0	
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	0000000002	七村フク02			1000002	R6.5	9070100010	居宅介護支援事業所1	4,380	4,000	0	0	
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	0000000003	七村フク03			1000003	R6.4	9070100010	居宅介護支援事業所1	-4,380	-4,000	0	0	過剰取下
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	0000000003	七村フク03			1000003	R6.4	9070100010	居宅介護支援事業所1	7,380	6,700	0	0	
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	0000000004	七村フク04			1000004	R6.4	9070100010	居宅介護支援事業所1	-7,380	-6,700	0	0	給付管理要取消
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	0000000007	七村フク07			1000007	R6.4	9170100010	他県居宅介護支援事業所1	4,380	4,000	0	0	委託先他県
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	H000000005	七村フク05	12900010	市福祉事務所	1000005	R6.5	9070100010	居宅介護支援事業所1	4,380	4,000	0	0	
9000100020	地域包括支援センターB(直営型)	900010	0000000008	七村フク08			1000006	R6.5	9070100020	居宅介護支援事業所2	4,380	4,000	4,000	0	
9000100020	地域包括支援センターB(直営型)	900010	0000000009	七村フク09			1000006	R6.5	9170100020	他県居宅介護支援事業所2	4,380	4,000	0	4,000	委託先他県
合計											29,280	26,700	4,000	4,000	



国民健康保険 保険者

介護予防ケアマネジメント費原案作成委託料明細表

令和6年6月 審査分

令和6年7月1日  
1頁  
国民健康保険団体連合会

証記載保険者番号	900010
証記載保険者名	市

事業所番号 (地域包括支援 センター)	地域包括支援センター名	証記載 保険者 番号	被保険者番号	被保険者氏名	公費 負担者 番号	公費負担者名	公費 支給者 番号	サービス 提供年月	委託先居宅介護 支援事業所番号	委託先居宅介護支援事業所名	介護予防ケア マネジメント費	原案作成委託料	原案作成委託料 請求額	原案作成委託料 未請求額	備考
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	0000000001	七村フク01			1000001	R6.5	9070100010	居宅介護支援事業所1	4,380	4,000	0	0	
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	0000000002	七村フク02			1000002	R6.4	9070100010	居宅介護支援事業所1	7,380	6,700	0	0	
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	0000000002	七村フク02			1000002	R6.5	9070100010	居宅介護支援事業所1	4,380	4,000	0	0	
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	0000000003	七村フク03			1000003	R6.4	9070100010	居宅介護支援事業所1	-4,380	-4,000	0	0	過剰取下
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	0000000003	七村フク03			1000003	R6.4	9070100010	居宅介護支援事業所1	7,380	6,700	0	0	
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	0000000004	七村フク04			1000004	R6.4	9070100010	居宅介護支援事業所1	-7,380	-6,700	0	0	給付管理要取消
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	0000000007	七村フク07			1000007	R6.4	9170100010	他県居宅介護支援事業所1	4,380	4,000	0	0	委託先他県
9000100010	地域包括支援センターA(委託型)	900010	H000000005	七村フク05	12900010	市福祉事務所	1000005	R6.5	9070100010	居宅介護支援事業所1	4,380	4,000	0	0	
9000100020	地域包括支援センターB(直営型)	900010	0000000008	七村フク08			1000006	R6.5	9070100020	居宅介護支援事業所2	4,380	4,000	4,000	0	
9000100020	地域包括支援センターB(直営型)	900010	0000000009	七村フク09			1000006	R6.5	9170100020	他県居宅介護支援事業所2	4,380	4,000	0	4,000	委託先他県
合計											29,280	26,700	4,000	4,000	

介護予防支援費 原案作成委託料  
払込請求書（公費負担者分）

市福祉事務所 殿

令和6年5月原案作成委託料を下記のとおり払込み下さい。

金額	400,000 円	払込期限	令和6年6月15日		
		送金先	銀行 支店		
		預金種目	普通	口座番号	1234567
		口座名	フリガナ		

令和6年6月15日

県市町1-1-1  
国民健康保険団体連合会  
理事長 国民 太郎

理事  
長印

振込人 取扱銀行 振込人

領 収 書

市福祉事務所 殿

令和6年5月原案作成委託料を下記のとおり領収いたしました。

金額	400,000 円	(取扱店)
----	-----------	-------

年 月 日

取扱店の領収印のないものは  
無効です。

国民健康保険団体連合会  
理事長 国民 太郎

理事  
長印

振込人 取扱銀行 振込人

振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印
-----	------	------	------	-----

取組日	年 月 日		実施印	
先方銀行	銀行 支店		複記	
受取人	預金種目	普通	口座番号	1234567
	フリガナ	国民健康保険団体連合会		
依頼人	フリガナ	市福祉事務所 殿		
	氏名	市福祉事務所 殿		

実施印  
孔照合印

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

公 金

備考
介護予防支援費の原案作成委託料
審査年月 6年5月
払込期限 6年6月15日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行（保管）

介護予防支援費 原案作成委託料  
振込通知書（公費負担者分）

令和6年5月 審査分

( 経由 )

国民健康保険団体連合会 殿

金額	400,000 円	口座番号	収入科目		
		1234567	款	項	目
			00	00	00

振込人 取扱銀行 連合会

振込人	番号	12900010
	氏名	市福祉事務所

介護予防ケアマネジメント費 原案作成委託料  
払込請求書（公費負担者分）

市福祉事務所 殿

令和6年5月原案作成委託料を下記のとおり払込み下さい。

金額	400,000 円	払込期限	令和6年6月15日
		送金先	銀行 支店
		預金種目	普通 口座番号 1234567
		口座名	フリガナ

令和6年6月15日

県市町1-1-1  
国民健康保険団体連合会  
理事長 国民 太郎

理事  
長印

振込人 取扱銀行 振込人

領 収 書

市福祉事務所 殿

令和6年5月原案作成委託料を下記のとおり領収いたしました。

金額	400,000 円	(取扱店)
----	-----------	-------

年 月 日

取扱店の領収印のないものは  
無効です。

国民健康保険団体連合会  
理事長 国民 太郎

理事  
長印

振込人 取扱銀行 振込人

振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印

取組日	年 月 日	実施印
先方銀行	銀行 支店	複記
受取人	預金種目 普通 口座番号 1234567 金額 400,000 円	
依頼人	フリガナ 氏名 国民健康保険団体連合会	(おながい) 1. この振込は他の銀行と 一緒にすることなく個別に お取扱下さい。
	フリガナ 氏名 市福祉事務所 殿	

公 金

備考	介護予防ケアマネジメント費の原案作成委託料
審査年月	6年5月
払込期限	6年6月15日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行（保管）

介護予防ケアマネジメント費 原案作成委託料  
振込通知書（公費負担者分）

令和6年5月 審査分

( 経由 )

国民健康保険団体連合会 殿

金額	400,000 円	口座番号	収入科目		
		1234567	款	項	目 節
			00	00	00 00

振込人 取扱銀行 連合会

振込人	番号	12900010
	氏名	市福祉事務所

介護予防支援費 原案作成委託料  
手数料払込請求書（公費負担者分）

市福祉事務所

殿

令和 6 年 5 月原案作成委託料事務処理手数料を下記のとおり払込み下さい。

金額 (10%対象)	880 円 (内消費税額等 80 円)		
払込期限	令和 6 年 6 月 15 日		
送金先	銀行 支店		
預金種目	普通	口座 番号	1234567
口座名	フリガナ		

令和 6 年 6 月 15 日

市 町 1 - 2 - 1  
国民健康保険団体連合会  
理事長  
(登録番号 T1234567890123)

理事長印

振込人 取扱銀行 振込人

領 収 書

市福祉事務所

殿

令和 6 年 5 月原案作成委託料事務処理手数料を下記のとおり領収いたしました。

金額	880 円	(取扱店)
----	-------	-------

年 月 日

取扱店の領収印のないものは  
無効です。

国民健康保険団体連合会  
理事長

理事長印

振込人 取扱銀行 振込人

振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印

取組日	年 月 日			実施印	
先方銀行	銀行 支店		複記		
受	預金 種目	普通	口座 番号	1234567	金額 880 円
取	フリガナ				
人	フリガナ				
依	フリガナ				
頼	フリガナ				
人	フリガナ				

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

公 金

備考
介護予防支援費の原案作成委託料事務処理手数料
審査年月 6 年 5 月
払込期限 6 年 6 月 15 日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行（保管）

介護予防支援費 原案作成委託料  
手数料振込通知書（公費負担者分）

令和 6 年 5 月 審査分

( 理由 )

国民健康保険団体連合会 殿

金額	880 円	口座 番号	収入科目			
			款	項	目	節
		1234567	00	00	00	00

振込人 取扱銀行 連合会

振込人	番号	12900010
	氏名	市福祉事務所

介護予防ケアマネジメント費 原案作成委託料  
手数料払込請求書（公費負担者分）

市福祉事務所 殿

令和 6 年 5 月原案作成委託料事務処理手数料を下記のとおり払込み下さい。

金額 (10%対象)	880 円 (内消費税額等 80 円)		
払込期限	令和 6 年 6 月 15 日		
送金先	銀行 × × 支店		
預金種目	普通	口座 番号	1234567
口座名	フリガナ		

令和 6 年 6 月 15 日

市 町 1 - 2 - 1  
国民健康保険団体連合会  
理事長

理事  
長印

振込人 取扱銀行 振込人 (登録番号 T1234567890123)

領 収 書

市福祉事務所 殿

令和 6 年 5 月原案作成委託料事務処理手数料を下記のとおり領収いたしました。

金額	880 円	(取扱店)
----	-------	-------

年 月 日

取扱店の領収印のないものは  
無効です。

国民健康保険団体連合会  
理事長

理事  
長印

振込人 取扱銀行 振込人

振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印

取組日	年 月 日		実施印	
先方銀行	銀行 支店		複記	
受取人	預金種目	普通	口座番号	9876543
	フリガナ	国民健康保険団体連合会		
	氏名	国民健康保険団体連合会		
依頼人	フリガナ	市福祉事務所		
	氏名	市福祉事務所		

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

公 金

備考	介護予防ケアマネジメント費の原案作成委託料事務処理手数料
審査年月	6 年 5 月
払込期限	6 年 6 月 15 日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行（保管）

介護予防ケアマネジメント費 原案作成委託料  
手数料振込通知書（公費負担者分）

令和 6 年 5 月 審査分

( 理由 )

国民健康保険団体連合会 殿

金額	880 円	口座番号	収入科目			
			款	項	目	節
		1234567	00	00	00	00

振込人 取扱銀行 連合会

振込人	番号	12900010
	氏名	市福祉事務所



