

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		

国保連 保険者

原案作成委託料更新結果

令和 6年 6月 1日 1頁
 県国民健康保険団体連合会

(事業所単位)情報(例)

保険者名
市

事業所番号
12345000XX

異動年月日	異動区分	異動事由	処理年月	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
訂正年月日	訂正区分		受付年月日						
令和 6年 4月 1日	1	01	令和 6年 5月	46		令和 6年 4月			
令和 6年 6月 1日	2		令和 6年 5月 1日						

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	証記載 保険者番号
市	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	
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ごとなく個別にお取扱下さい。
	フリガナ 〒〒〒 氏名 市 殿	

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

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	1234567	収入科目		
				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	通番	通番	通番	通番	通番
-----	----	----	----	----	----

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 〒〒〒〒〒〒					
依頼人	氏名 国民健康保険団体連合会					(おねがい) 1. この振込は他の銀行と 一緒にすることなく個別に お取扱下さい。
	フリガナ 〒〒〒					
氏名 市 殿						

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

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				
	件	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

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	金額	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	通番	通番	通番	通番	通番
-----	----	----	----	----	----

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 〒〒〒〒〒〒					
依頼人	氏名 国民健康保険団体連合会					(おねがい) 1. この振込は他の銀行と 一緒にすることなく個別に お取扱下さい。
	フリガナ 〒〒〒					
氏名 市 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
	件	円	銭		00	00	00	00
	88	10	0	880 円				

振込人 取扱銀行 連合会

振込人	番号	900010
	氏名	市

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	七村ジヤ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	七村ジヤ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	七村ジヤ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	七村ジヤ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	七村ジヤ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	七村ジヤ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	七村ジヤ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	七村ジヤ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	七村ジヤ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	七村ジヤ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	〒〒〒〒〒〒

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 〒〒〒〒〒〒 493 氏名 市福祉事務所 殿	

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 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	〒〒〒〒〒〒

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 〒〒〒〒〒〒 493 氏名 市福祉事務所 殿	

実施印
孔照合印

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	(おねがい) 1. この振込は他の銀行と 一緒にすることなく個別に お取扱下さい。
人	氏名 国民健康保険団体連合会	
依頼人	フリガナ	
	氏名 市福祉事務所	殿

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	1234567	収入科目	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 x x 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	
受取人	預金種目	普通	口座番号	9876543
	フリガナ		金額	
	氏名		880 円	
依頼人	フリガナ		(おねがい) 1. この振込は他の銀行と 一緒にごなく個別に お取扱下さい。	
	氏名			
	市福祉事務所		殿	

実施印

引照合印

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

保険者 国保連

令和6年 5月 1日 (1 頁)

介護保険 受給者情報異動連絡票 (イメージ)

保険者名	
市	

証記載保険者 番号
1 2 3 4 5 6

被保険者番号
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

異動年月日
年号 年 月 日
令和 0 6 0 4 0 1

異動区分
1:新規 2:変更 3:終了

異動事由
0 1

被保険者氏名 (カナ)	
カ イ コ " タ ロ ウ	
生年月日	性別
年号 年 月 日	
昭和 2 9 1 2 0 1	男

住所地郵便番号
1 2 3 - 4 5 6 7

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

[要介護認定]

みなし 区分	要介護 状態区分	有効期間開始年月日	有効期間終了年月日	公費負担 上限額減額
1	2	5	令和 0 6 0 4 0 1 令和 0 7 0 3 3 1	1

[支給限度基準額]

区分	支給限度 基準額	上限管理適用開始年月日	上限管理適用終了年月日
支給限度基準額 (旧訪問通所)		令和 0 6 0 4 0 1	令和 0 7 0 3 3 1
(旧短期入所)			

[居宅サービス計画届出]

計画作 成区分	居宅介護 支援事業所番号	適用開始年月日	適用終了年月日
1	1 2 3 4 5 0 0 0 X X	令和 0 6 0 4 0 1	令和 0 7 0 3 3 1

[利用者負担減免・旧措置入所者]

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

[標準負担・特定標準負担]

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

[償還払化]

償還払化開始年月日	償還払化終了年月日
年号 年 月 日	年号 年 月 日

[給付上の措置]

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

[特定入所者介護サービス]

認定申請 中区分	サービス 区分	特別減額 措置対象	食費負担限度額	居住費負担限度額				適用開始年月日	適用終了年月日			
			施設 短期	ユニット個室	ユニット個室の多床室	従来型個室(特)	従来型個室(老・健)	多床室	未使用1	未使用2	年号 年 月 日	年号 年 月 日

広域(政令市) 保険者番号

老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号

社会福祉法人軽減情報		
軽減率	軽減率適用開始年月日	軽減率適用終了年月日
	年号 年 月 日	年号 年 月 日

小規模居宅 サービス利用

二次予防事業		
事業 区分	有効期間開始年月日	有効期間終了年月日
	年号 年 月 日	年号 年 月 日

[申請情報]

申請 種別	変更申請中 区分	申請年月日
		年号 年 月 日

[国民健康保険資格]

保険者番号 (国保)	被保険者証番号 (国保)	宛番号

[後期高齢者医療資格]

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

[住所地特例]

対象者 区分	施設所在 保険者番号	適用開始年月日	適用終了年月日
2	1 2 3 4 X X	令和 0 6 0 4 0 1	

[二割負担]

適用開始年月日	適用終了年月日
年号 年 月 日	年号 年 月 日

[三割負担]

適用開始年月日	適用終了年月日
令和 0 6 0 4 0 1	令和 0 7 0 3 3 1

保険者 国保連

令和 6年 5月 1日 (1 頁)

介護保険 受給者情報訂正連絡票(イメージ)

保険者名
県

証記載保険者番号
1 2 3 4 5 6

被保険者番号
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

異動年月日
年号 年 月 日
令和 0 6 0 4 0 1

訂正年月日
年号 年 月 日
令和 0 6 0 5 0 1

訂正区分
② 修正 3:削除

異動事由

被保険者氏名(カナ)
生年月日
年号 年 月 日
性別
1:男
2:女

住所地郵便番号
-

[資格]
資格取得年月日
年号 年 月 日
資格喪失年月日
年号 年 月 日

[要介護認定]

みなし区分
要介護状態区分
有効期間開始年月日
年号 年 月 日
有効期間終了年月日
年号 年 月 日

公費負担上限額減額

[支給限度基準額]

区分
支給限度基準額
上限管理適用開始年月日
年号 年 月 日
上限管理適用終了年月日
年号 年 月 日
(旧訪問通所)
(旧短期入所)

[居宅サービス計画届出]

計画作成区分
居宅介護支援事業所番号
適用開始年月日
年号 年 月 日
適用終了年月日
年号 年 月 日

[利用者負担減免・旧措置入所者]

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

[標準負担・特定標準負担]

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

[償還払化]

償還払化開始年月日
年号 年 月 日
償還払化終了年月日
年号 年 月 日

[給付上の措置]

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

[特定入所者介護サービス]

認定申請中区分
サービス区分
特例減額措置対象
食費負担限度額
施設
短期
ユニット個室
ユニット個室の多床室
従来型個室(特)
従来型個室(老・既)
多床室
未使用1
未使用2
適用開始年月日
年号 年 月 日
適用終了年月日
年号 年 月 日

広域(政令市)保険者番号

[老人保健受給者]

老人保健市町村番号
老人保健受給者番号

[社会福祉法人軽減情報]

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

小規模居宅サービス利用

[二次予防事業]

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

[申請情報]

申請種別
変更申請中区分
申請年月日
年号 年 月 日

[国民健康保険資格]

保険者番号(国保)
被保険者証番号(国保)
宛番号

[後期高齢者医療資格]

保険者番号(後期)
被保険者番号(後期)

[住所地特例]

対象者区分
施設所在
保険者番号
適用開始年月日
年号 年 月 日
適用終了年月日
年号 年 月 日

[二割負担]

適用開始年月日
年号 年 月 日
適用終了年月日
年号 年 月 日

[三割負担]

適用開始年月日
年号 年 月 日
適用終了年月日
年号 年 月 日

国保連 保険者

介護保険 受給者台帳(単票)(イメージ)

令和6年5月1日 1頁
県国民健康保険団体連合会

保険者名
県 市

証記載 保険者番号	被保険者番号
1234XX	1234567890

公費負担者番号

異動区分
1

異動年月日
令和6年4月1日

訂正年月日

異動事由
01

被保険者氏名(カナ)
ヒホケンシヤ タロウ

生年月日	性別
昭和29年12月1日	1

住所地郵便番号
123-4567

[資格]

資格取得年月日	資格喪失年月日
平成12年4月1日	

[要介護認定]

みなし 区分	要介護 状態区分	有効期間開始年月日	有効期間終了年月日
1	25	令和6年4月1日	令和7年3月31日

公費負担 上限額減額
1

[支給限度基準額]

支給限度 基準額	支給限度基準額	上限管理 適用開始年月日	上限管理 適用終了年月日
支給限度基準額 (旧訪問通所)	5,003	令和6年4月1日	令和7年3月31日
(旧短期入所)			

[居宅サービス計画届出]

計画作 成区分	居宅介護支援事業所番号	適用開始年月日	適用終了年月日
1	12345000XX	令和6年4月1日	令和7年3月31日

[利用者負担減免・旧措置入所者]

減免 中区分	利用者 負担区分	給付率	適用開始年月日	適用終了年月日

[標準負担額減免]

標準負 担区分	負担額	適用開始年月日	適用終了年月日

[二次予防事業]

事業区分	有効期間開始年月日	有効期間終了年月日

広域(政令市) 保険者番号

有料老人 ホーム同意書

小規模居宅 サービス利用

[申請情報]

申請種別	変更申請 中区分	申請年月日

[老人保健]

老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号

[償還払化]

償還払化 開始年月日	償還払化 終了年月日

[給付上の措置]

給付率引下げ 開始年月日	給付率引下げ 終了年月日

[特定入所者介護サービス]

認定申請 中区分	サービス 区分	特別減額 措置対象	食費負担限度額		居住費負担限度額						負担限度額適用 開始年月日	負担限度額適用 終了年月日	
			施設	短期	ユニット型個室	ユニット個室的多床室	従来型個室(特)	従来型個室(老・医)	多床室	未使用1	未使用2		

[社会福祉法人軽減情報]

軽減率	軽減率適用 開始年月日	軽減率適用 終了年月日

[国民健康保険資格]

保険者番号 (国保)	被保険者証番号 (国保)	宛名番号

[後期高齢者医療資格]

保険者番号 (後期)	被保険者番号 (後期)
391234XX	12345678

[住所地特例]

対象者区分	施設所在保険者番号	適用開始年月日	適用終了年月日
2	1234XX	令和6年4月1日	

[二割負担]

適用開始年月日	適用終了年月日

[三割負担]

適用開始年月日	適用終了年月日
令和6年4月1日	令和7年3月31日

DGEL01(5341)