

介護保険 受給者情報異動連絡票 (例)

2012年 4月 1日 (1 頁)

保険者名
〇〇市

証記載保険者 番号
9 0 0 0 0 0

被保険者番号
0 0 0 0 0 0 0 0 0 1

異動年月日
年号 年 月 日
平成 2 4 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)	生年月日	性別
シ ュ キ ユ ウ シ ャ 1	年号 年 月 日	1:男 2:女
	昭和 3 0 0 1 0 1	

[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 2 0 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
	0 1	年号 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	上限管理適用終了年月日
支給限度基準額 (旧訪問通所)		年号 年 月 日	年号 年 月 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
		年号 年 月 日	年号 年 月 日

[利用者・旧措置利用者負担]

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

[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

[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	居住費負担限度額				適用開始年月日	適用終了年月日	
				ユニット個室	ユニット準個室	従来型個室(特)	従来型個室(老・療)	多床室	年号 年 月 日	年号 年 月 日

[老人保健受給者]

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

[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
2	平成 2 4 0 4 0 1	

[後期高齢者医療資格]

保険者番号 (後期)	被保険者番号 (後期)

[国民健康保険資格]

保険者番号 (国保)	被保険者証番号 (国保)	個人番号 (国保)

介護保険 受給者情報訂正連絡票 (例)

2012年 4月 1日 (1 頁)

保険者名
〇〇市

証記載保険者番号
900000

被保険者番号
0000000001

異動年月日
年号 年 月 日
平成 24 04 01

訂正年月日
年号 年 月 日
平成 24 05 01

訂正区分
2:修正 3:削除

異動事由
0 1

被保険者氏名 (カナ)
シ ュ キ ャ ヲ シ ャ 1
生年月日
年号 年 月 日
昭和 30 01 01
性別
1:男 2:女

[資格]
資格取得年月日
年号 年 月 日
平成 20 04 01
資格喪失年月日
年号 年 月 日

[要介護認定]

みなし区分
0 1
要介護状態区分
0 1
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
支給限度基準額 (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・旧措置利用者負担]

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

[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

[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
居住費負担限度額
ユニット個室
ユニット準個室
従来型個室 (特)
従来型個室 (老・疾)
多床室
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
2 平成 24 05 01

[後期高齢者医療資格]

保険者番号 (後期)
被保険者番号 (後期)

[国民健康保険資格]

保険者番号 (国保)
被保険者証番号 (国保)
個人番号 (国保)

介護保険 市町村固有情報異動連絡票 (1/2) (イメージ)
(居宅介護サービス費等)

2012年 4月 1日 (1 頁)

保険者名
〇〇市

保険者番号
9 0 0 0 0 0

異動年月日			
年号	年	月	日
平成	24	05	01

異動区分		
1:新規	2:変更	3:終了

異動事由
0 1

有効開始年月日				有効終了年月日			
年号	年	月	日	年号	年	月	日
平成	24	05	01	平成	24	09	30

[サービス費区分支給限度基準額]

区分	居宅介護					居宅支援	介護予防	
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		要支援1	要支援2
支給限度基準額 (旧訪問通所)	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
(旧短期入所)								

[サービス費種類支給限度基準額]

種類	居宅介護					居宅支援	介護予防	
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		要支援1	要支援2
訪問介護	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0		
訪問入浴介護	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
訪問看護	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
訪問リハビリ	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
通所介護	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0		
通所リハビリ	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0		
福祉用具貸与	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
短期入所生活	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
短期入所療養	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
夜間訪問介護	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0		
認知症通所介護	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
定期巡回随時	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0			
複合型	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0			

[基準該当サービス費比率]

種類	比率
訪問介護	1 0 0
訪問入浴介護	1 0 0
通所介護	1 0 0
短期入所生活	1 0 0
福祉用具貸与	1 0 0
居宅支援	1 0 0
予防訪問介護	1 0 0
予防訪問入浴	1 0 0
予防通所介護	1 0 0
予防短期生活	1 0 0
予防福祉貸与	1 0 0
予防支援	1 0 0

介護保険 市町村固有情報異動連絡票 (2/2) (イメージ)
(総合事業費)

保険者名
〇〇市

保険者番号
9 0 0 0 0 0

異動年月日					
年号	年	月	日		
平成	24	05	01		

異動区分
1:新規 2:変更 3:終了

異動事由
0 1

有効開始年月日						有効終了年月日					
年号	年	月	日			年号	年	月	日		
平成	24	05	01			平成	24	09	30		

[総合事業費区分支給限度基準額]

区分	二次予防	介護予防			
		要支援1		要支援2	
支給限度基準額 (総合事業費)	1 0 0 0	2 0 0 0	3 0 0 0		

[総合事業費種類支給限度基準額]

種類	二次予防	介護予防			
		要支援1		要支援2	
訪問型予防	5 0 0	1 0 0 0	1 5 0 0		
通所型予防	5 0 0	1 0 0 0	1 5 0 0		
生活支援(配食)	5 0 0	1 0 0 0	1 5 0 0		
生活支援(見守り)	5 0 0	1 0 0 0	1 5 0 0		
生活支援(その他)	5 0 0	1 0 0 0	1 5 0 0		
ケアマネジメント	5 0 0	1 0 0 0	1 5 0 0		
予防訪問入浴		1 0 0 0	1 5 0 0		
予防訪問看護		1 0 0 0	1 5 0 0		
予防訪問リハ		1 0 0 0	1 5 0 0		
予防通所リハ		1 0 0 0	1 5 0 0		

種類	二次予防	介護予防			
		要支援1		要支援2	
予防福祉貸与		1 0 0 0	1 5 0 0		
予防短期生活		1 0 0 0	1 5 0 0		
予防短期老健		1 0 0 0	1 5 0 0		
予防短期医療		1 0 0 0	1 5 0 0		
予防療養管理		1 0 0 0	1 5 0 0		
予防特定施設		1 0 0 0	1 5 0 0		
予防認知通所		1 0 0 0	1 5 0 0		
予防多機能型		1 0 0 0	1 5 0 0		
予防認知症型			1 5 0 0		
予防認知短期			1 5 0 0		

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書情報（例）

保険者番号	9 9 0 0 0 0
保険者名	〇〇市
所在地	〒999-9999 〇〇県××市△△△△1-2-3
連絡先	電話番号 ×××-×××-××××

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。

平成 24年6月15日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 1 ジュークウヤ1	平成24年 4月	1 0 9 9	総合（予） その他実績取下
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		

介護予防・日常生活支援総合事業費払込請求書

〇〇市

殿

平成 24 年 5 月審査確定額を下記のとおり払込み下さい。

金額	20,000,000 円	払込期限	平成 24 年 6 月 15 日
要支援者向け事業費	10,000,000 円	送金先	〇×銀行〇〇支店
二次予防向け事業費	10,000,000 円	預金種目	普通 口座番号 1234567
		口座名	マルマルケンゴのケンレンゴ カイ
内			
訳			

平成 24 年 6 月 1 日

理事
長印

〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇

〇〇県 国民健康保険団体連合会

理事長職務代行者 介護 太郎

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	〇×銀行〇〇支店	複記
受取人	預金種目 普通 口座番号 1234567 金額 20,000,000 円	
依頼人	フリガナ マルマルケンゴのケンレンゴ カイ 氏名 〇〇県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 マルマル 氏名 〇〇市 殿	

公金

備考	出納済印または振替科目
介護予防・日常生活支援総合事業費等の審査支払確定額	
審査年月 24 年 5 月	
払込期限 24 年 6 月 15 日	

振込人・取扱銀行（保管）

領 収 書

〇〇市

殿

平成 24 年 5 月審査確定額を下記のとおり領収いたしました。

金額	20,000,000 円	(取扱店)
要支援者向け事業費	10,000,000 円	
二次予防向け事業費	10,000,000 円	
内		
訳		

年 月 日

理事
長印

〇〇県 国民健康保険団体連合会

理事長職務代行者 介護 太郎

※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

介護予防・日常生活支援総合事業費 振込通知書

平成 24 年 5 月 審査分

(経由)

〇〇県 国民健康保険団体連合会殿

金額	20,000,000 円	口座番号	収入科目			
要支援者向け事業費	10,000,000 円	1234567	05	01	01	01
二次予防向け事業費	10,000,000 円	1234567	05	01	02	01
内						
訳						

振込人→取扱銀行→連合会

振込人	番号	900000
	氏名	〇〇市

介護予防・日常生活支援総合事業費 審査支払手数料払込請求書

〇〇市

殿

平成 24 年 5 月審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

金額		500,000 円		払込期限	平成 24 年 6 月 15 日		
内 訳							
件数	一件当たり 単価	金額		送金先	〇×銀行〇〇支店		
5,000 件	円 100 銭 0	500,000 円		預金種目	普通	口座 番号	1234567
				口座名	マホマホケンゴウヒヤクレンゴウカイ		

平成 24 年 6 月 1 日

〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇
 〇〇県 国民健康保険団体連合会
 理事長職務代行者 介護 太郎

振込人→取扱銀行→振込人

理事
長印

領 収 書

〇〇市

殿

平成 24 年 5 月審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

金額		500,000 円		(取扱店)			
内 訳							
件数	一件当たり 単価	金額					
5,000 件	円 100 銭 0	500,000 円					

年 月 日

※取扱店の領収印のないものは
無効です。

〇〇県 国民健康保険団体連合会
 理事長職務代行者 介護 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	〇×銀行〇〇支店			複記			
受取人	預金種目	普通	口座番号	1234567	金額	500,000 円	
	フリガナ	マホマホケンゴウヒヤクレンゴウカイ			(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。		
	氏名	〇〇県国民健康保険団体連合会					
依頼人	フリガナ	マホマホ			出納済印または振替科目		
	氏名	〇〇市 殿					

公 金

備考
 介護予防・日常生活支援総合事業費の審査支払手数料
 審査年月 24 年 5 月
 払込期限 24 年 6 月 15 日

振込人・取扱銀行 (保管)

介護予防・日常生活支援総合事業費 審査支払手数料振込通知書

平成 24 年 5 月 審査分

(経由)

〇〇県 国民健康保険団体連合会 殿

金額		500,000 円		口座番号	収入科目				
内 訳					1234567	05	03	01	01
件数	一件当たり 単価	金額							
5,000 件	円 100 銭 0	500,000 円							

振込人→取扱銀行→連合会

振込人	番号	900000
	氏名	〇〇市

介護給付費等請求額通知書

平成24年5月 審査分

平成24年 6月 1日

5 頁

〇〇〇国民健康保険団体連合会

保険者番号	900000
保険者名	〇〇〇市

款	*****	項	*****
---	-------	---	-------

種 類	通常分				再審査・過誤			介護給付費 (特定入所者介護費等)	利用者負担額	公費負担額
	件数	実日数	単位数	金額 (特定入所者介護費等)	件数	単位数	調整額			
短期入所生活介護	21	42	8,400	84,000	0	0	0	75,600	8,400	0
短期入所療養介護（介護老人保健施設	22							79,200	8,800	0
短期入所療養介護（介護療養型医療施	23							82,800	9,200	0
介護予防短期入所生活介護	24							86,400	9,600	0
介護予防短期入所療養介護（介護老人	25							90,000	10,000	0
介護予防短期入所療養介護（介護療養	26							93,600	10,400	0
認知症対応型共同生活介護	32							115,200	12,800	0
特定施設入居者生活介護	33							118,800	13,200	0
介護予防特定施設入居者生活介護	35							126,000	14,000	0
地域密着型特定施設入居者生活介護	36							129,600	14,400	0
介護予防認知症型共同生活介護	37							133,200	14,800	0
認知症対応型共同生活介護（短期利用	38							136,800	15,200	0
介護予防認知症型共同生活介護（短期	39							140,400	15,600	0
介護老人福祉施設サービス	51							183,600	20,400	0
介護老人保健施設サービス	52							187,200	20,800	0
介護療養型医療施設サービス	53							190,800	21,200	0
地域密着型介護老人福祉施設	54							194,400	21,600	0
特定診療費	6							21,600	2,400	0
特定入所者介護サービス	59							212,400	23,600	0
再掲 施設等分								997,920		
再掲 その他分								1,399,680		
高額介護サービス費										
合 計	601		266,400	2,664,000	0	0	0	2,397,600	266,400	0
累 計	601		266,400	2,664,000	0	0	0	2,397,600	266,400	0

○「再掲 施設等分」について
 以下のレセプトの情報を計上します。
 ・特定施設入居者生活介護
 ・介護予防特定施設入居者生活介護
 ・介護老人福祉施設サービス
 ・介護老人保健施設サービス（出来高分含む）
 ・介護療養型医療施設サービス（出来高分含む）
 ・特定入所者介護サービスのうち、介護老人福祉施設サービス、
 介護老人保健施設サービス、介護療養型医療施設サービス分のレセプトのみ

※本帳票上に出力される数値では、内訳は分からない場合があります。

○「再掲 その他分」について
 上記「再掲 施設等分」に計上していないサービス分全ての金額です。

【注意事項】
 ①本帳票は現物分のみですので、償還分は保険者で別途計算する必要があります。
 ②「介護給付費等請求額通知書（公費負担者分）」、「介護予防・日常生活支援総合
 事業費等請求額通知書情報」は対応不要と想定しています。

通常分の件数、実日数、単位数、金額（特定入所者介護費等）、再審査・過誤の件数、単位数、調整額、利用者負担額、公費負担額は計上しません。

請求額	累計
審査支払手数料 57,095	57,095

