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

①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。

加除第2号

・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

①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

①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、その業務毎に必要となる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

国保連→保険者

要介護認定期限到来者一覧表

ＮＮ Ｚ９ 年 Ｚ９ 月 Ｚ９ 日　ＺＺＺＺＺ９ 頁

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

保険者番号	保険者名
999999	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

期限到来年月： ＮＮ Ｚ９ 年 Ｚ９ 月

No.	被保険者番号	被保険者氏名（カナ） 被保険者氏名（漢字）	住所	電話番号	要介護状態区分	申請受付年月日
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

要介護認定・要支援認定有効期間終了のお知らせ

NXXXXXXXX
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN　N

あなたの要介護認定・要支援認定期間が、　NN　Z9　年　Z9　月　Z9　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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
		被保険者氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
要介護認定期間	NN Z9 年 Z9 月 Z9 日　～　NN Z9 年 Z9 月 Z9 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
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	申請年月日	ＮＮ　年　月　日
	フリガナ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										生年月日	ＮＮ　Z9 年 Z9 月 Z9 日
	氏　名	ＮＮＮ

国保連→保険者

外字空白印字リスト（要介護認定期限到来者）

NN Z9 年 Z9 月 Z9 日　ZZZZZ9 頁

NNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	保険者名
999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

No.	被保険者番号	被保険者氏名（カナ） 被保険者氏名（漢字）	住所（カナ） 住所（漢字）
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者→国保連

償還連絡票フォーマット

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										
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)										
	氏名										
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和								性別	1.男 2.女
		年		月		日					
	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	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								

加除第2号

	枚中		枚目

2111

別紙第２号

国保連→保険者

償還払支給決定者一覧表

NN Z9年 Z9月審査分

NN Z9 N Z9 N Z9 N ZZZZZ9 頁
NNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	保険者名
999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

No.	被保険者番号	サービス提供年月	事業所番号	サービス種類コード	単位数/金額	支払金額	備考	支払日または振込日
整理番号	被保険者氏名（漢字）		事業所名称	サービス種類名	増減点	支払方法		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNN	--,---,--9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	

2211

国保連→保険者

償還払不支給決定者一覧表

NN　Z9 年　Z9 月　Z9 日　ZZZZZ9 頁

NN Z9年 Z9月審査分

NNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	保険者名
999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

№	被保険者番号	サービス提供年月	事業所番号	サービス種類コード	単位数/金額	備考
整理番号	被保険者氏名(漢字)		事業所名称	サービス種類名		
999999	XXXXXXXXXX		9999999999	99		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNN	ZZ,ZZ9ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

介護保険償還払支給（不支給）決定通知書

NXXXXXXXX
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN　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。

被保険者氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	被保険者番号	X X X X X X X X X X

サービス提供年月	NN　Z9　年　Z9　月		
受付年月日	NN　Z9　年　Z9　月　Z9　日	決定年月日	NN　Z9　年　Z9　月　Z9　日
本人支払額	ZZZ,ZZZ,ZZ9　円		
給付の種類	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

国保連→保険者

外字空白印字リスト（償還払支給（不支給）決定者）

NN Z9 年 Z9 月 Z9 日　ZZZZZ9 頁

NNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	保険者名
999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

No.	被保険者番号	被保険者氏名（カナ） 被保険者氏名（漢字）	住所（カナ） 住所（漢字）
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

振込依頼書

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ　様
依頼人　ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

国保連→保険者

介護給付費通知一覧表

ＮＮ Z9 年 Z9 月 Z9 日　ZZZZZ9 頁

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

保険者番号	保険者名
999999	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

集計期間 ： ＮＮ Z9 年 Z9 月 ～ ＮＮ Z9 年 Z9 月

No.	被保険者番号	被保険者氏名（カナ） 被保険者氏名（漢字）	サービス月	事業所番号 事業所名	サービス種類コード サービス種類名	保険給付額（円）	利用者負担額（円）	公費負担額（円）
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

介護給付費通知書

ＮXXXXXXXX
ＮＮＮ

介護給付費通知書（続き）

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ　様　（　被保険者番号：XXXXXXXXXX　）

ＮＮ　Z9 年 Z9 月 ～　ＮＮ　Z9 年 Z9 月 分

サービス月	サービス事業所	サービス種類 ／サービス略称	サービス 日数／回数	利用者負担額 合計額（円）	サービス費用 合計額（円）
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮ	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	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。
※この通知によって、支払を行う必要はありません。

（　999999　）

国保連→保険者

外字空白印字リスト（介護給付費通知）

ＮＮ Z9 年 Z9 月 Z9 日　ZZZZZ9 頁

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

保険者番号	保険者名
999999	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

No.	被保険者番号	被保険者氏名（カナ） 被保険者氏名（漢字）	住所（カナ） 住所（漢字）
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

加除第2号

別紙第２号

国保連→保険者

高額介護サービス費給付対象者一覧表

ＮＮ Z9 年 Z9 月 Z9 日　ZZZZZ9 頁

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

保険者番号	保険者名
999999	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

No.	被保険者番号 被保険者氏名（漢字）	サービス提供年月	事業所番号 事業所名	サービス種類コード サービス種類名	ｻｰﾋﾞｽ費用合計額（円） 利用者負担額（Ａ）（円）	算定基準額（Ｂ）（円） 支払済金額（Ｃ）（円）	高額支給額(A)-(B)-(C)※（円）	備考
999999	XXXXXXXXXX ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮZ9ＮZ9Ｎ	9999999999 ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	99 ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

ＮXXXXXXXX
ＮＮＮ

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

ＮＮ　Z9　年　Z9　月

フリガナ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	保険者番号	9 9 9 9 9 9
被保険者氏名	ＮＮＮ

国保連→保険者

外字空白印字リスト（高額介護サービス費給付対象者）

ＮＮ Z9 年 Z9 月 Z9 日　ZZZZZ9 頁

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

保険者番号	保険者名
999999	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

No.	被保険者番号	被保険者氏名（カナ） 被保険者氏名（漢字）	住所（カナ） 住所（漢字）
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

国保連→保険者

高額介護サービス費支給(不支給) 決定者一覧表

NN Z9 年 Z9 月 Z9 日　ZZZZZ9 頁

NNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	保険者名
999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

No.	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) 決定額(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	口座名義人	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N		ZZZ,ZZZ,ZZ9		NNN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N		ZZZ,ZZZ,ZZ9		NNN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N		ZZZ,ZZZ,ZZ9		NNN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N		ZZZ,ZZZ,ZZ9		NNN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N		ZZZ,ZZZ,ZZ9		NNN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N		ZZZ,ZZZ,ZZ9		NNN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N		ZZZ,ZZZ,ZZ9		NNN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N		ZZZ,ZZZ,ZZ9		NNN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N		ZZZ,ZZZ,ZZ9		NNN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N		ZZZ,ZZZ,ZZ9		NNN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N		ZZZ,ZZZ,ZZ9		NNN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N		ZZZ,ZZZ,ZZ9		NNN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N		ZZZ,ZZZ,ZZ9		NNN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N		ZZZ,ZZZ,ZZ9		NNN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N		ZZZ,ZZZ,ZZ9		NNN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	

ＮＮＮ

国保連→保険者

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）

ＮＮ Z9 年 Z9 月 Z9 日　ZZZZZ9 頁

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

保険者番号	保険者名
999999	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

No.	被保険者番号	被保険者氏名（カナ） 被保険者氏名（漢字）	住所（カナ） 住所（漢字）
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

振込依頼書

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ　様
依頼人　ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

介護給付費 払込請求書

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN　　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。

金　額		ZZZ, ZZZ, ZZZ, ZZ9　円
内訳	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円

払込期限	ＮＮXX年XX月XX日
送金先	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
口座名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

ＮＮXX年XX月XX日

NN
NN

NNNN 国民健康保険団体連合会　ＮＮＮ

振込人→取扱銀行→振込人

領　収　書

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN　　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。

（取扱店）

金　額		ZZZ, ZZZ, ZZZ, ZZ9　円
内訳	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9 円

年　月　日

NN
NN

NNNN 国民健康保険団体連合会　ＮＮＮ

※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

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	NNNNNNNNNNNNNNNN				複記				
受取人	預金種目	NN	口座番号	XXXXXXX	金額	ZZZ, ZZZ, ZZZ, ZZ9　円			ｴﾙ照合印
	フリガナ XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX								
	氏名 NNNNNNNNNNNNNNNN								
依頼人	フリガナ XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX								
	氏名 NNNNNNNNNNNNNN 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
お取扱下さい。

公　金

備考
介護保険給付費の審査支払確定額
審査年月　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）

○○県 国民健康保険団体連合会殿

金　額		ZZZ, ZZZ, ZZZ, ZZ9　円	口座番号	収入科目			
				款	項	目	節
内訳	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
	NNNNNNNNN	----, ---, ---, --9　円	XXXXXXXX	XX	XX	XX	XX

振込人→取扱銀行→連合会

加除第3号

国保連→保険者

振込者一覧表

ＮＮ Z9 年 Z9 月 Z9 日　ZZZZZ9 頁

保険者番号	保険者名
999999	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

被保険者番号 被保険者氏名（カナ）	金融機関名 金融機関支店名	口座種目	口座番号 口座名義人（カナ）	振込金額（円）	備考
XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮ	9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

国保連→保険者

振込不能者一覧表

ＮＮ Z9 年 Z9 月 Z9 日　ZZZZZ9 頁

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

保険者番号	保険者名
999999	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

被保険者番号 被保険者氏名（カナ）	金融機関名 金融機関支店名	口座種目	口座番号 口座名義人（カナ）	振込金額 （円）	備考
XXXXXXXXXX	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮ	9999999	ZZZ, ZZZ, ZZ9	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

国保連→保険者

主治医意見書料支払一覧表

ＮＮ Z9 年 Z9 月 Z9 日　ZZZZZ9 頁

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

保険者番号	保険者名
999999	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

事業所番号 事業所名	被保険者番号	作成依頼日	意見書作成日	意見書送付年月日	請求額 （円）	消費税額 （円）	支払額 （円）	消費税額 （円）	備考
9999999999 ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	XXXXXXXXXX	ＮＮZ9ＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮZ9ＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮZ9ＮZ9ＮZ9Ｎ	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

保険者→国保連

認定調査委託料支払一覧表

ＮＮ Z9 年 Z9 月 Z9 日　ZZZZZ9 頁

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

保険者番号	保険者名
999999	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

事業所番号 事業所名	被保険者番号	調査依頼日	調査実施日	調査票受領日	請求額 （円）	消費税額 （円）	支払額 （円）	消費税額 （円）	備考
9999999999 ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	XXXXXXXXXX	ＮＮZ9ＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮZ9ＮZ9ＮZ9Ｎ	ＮＮZ9ＮZ9ＮZ9Ｎ	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

別表第2号

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	給付率引下対象有無
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	

5711

別表第2号

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	給付率引下対象有無
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	
				平成　年　月　日	平成　年　月　日	

5721

別紙第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
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

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

別紙様式２号

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
ＮＮＮ

保険者→国保連

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	

5811

保険者→国保連

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

5911

保険者→国保連

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	

5821

保険者→国保連

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

5921

国保連→保険者

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
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	電話番号	XXXXXXXXXXXX
	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	FAX番号	XXXXXXXXXXXX
住 所	999-9999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

国保連→保険者

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
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
住 所	999-9999
	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	XXXXXXXXXXXXXXX
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
	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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				
住 所	999-9999	電話番号	XXXXXXXXXXXX	FAX番号	XXXXXXXXXXXX
	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	XXXXXXXXXXXXXXX				
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				
	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

5931

国保連→保険者

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
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	電話番号	XXXXXXXXXXXX
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	FAX番号	XXXXXXXXXXXX
住 所	999-9999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

国保連→保険者

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
ＮＮＮ

保険者→国保連

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　年　月　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

金融機関ｺｰﾄﾞ	支店ｺｰﾄﾞ	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	

5A11

保険者→国保連

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

1.銀行 2.信用金庫 3.信用組合	1.本店 2.支店 3.出張所

金融機関ｺｰﾄﾞ	支店ｺｰﾄﾞ	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

5A21

国保連→保険者

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
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

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

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

金融機関ｺｰﾄﾞ		支店ｺｰﾄﾞ	口座種目	口座番号
9999	-	999	ＮＮＮ	9999999

口座名義人（カナ）	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
振込依頼人コード	9999999999

問い合わせ先情報

名称１	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
名称２	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
住 所	999-9999　電話番号　XXXXXXXXXXXX
	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	XXXXXXXXXXXXXXX
	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

国保連→保険者

共同処理用保険者情報

NN 99 年 99 月 99 日　　1 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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

NNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

金融機関ｺｰﾄﾞ		支店ｺｰﾄﾞ	口座種目	口座番号
9999	-	999	NNN	9999999

口座名義人（カナ）	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
振込依頼人コード	9999999999

問い合わせ先情報

名称１	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
名称２	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
住 所	999-9999		電話番号	XXXXXXXXXXXX
	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

様式第３号

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

| | | |

様式第３号

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	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	利用者負担第２段階	1:該当無し　2:該当有り
老齢福祉年金受給の有無	1:受給無し　2:受給有り	支給申請書出力の有無	1:出力無し　2:出力有り

5C21

様式第３号

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
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

証記載保険者番号	999999	異動区分	9	異動事由	99	異動年月日	ＮＮ	99	年	99	月	99	日
被保険者番号	XXXXXXXXXX	訂正区分	9			訂正年月日	ＮＮ	99	年	99	月	99	日

基本情報

氏　名	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ			電話番号	XXXXXXXXXXXX
住　所	999 - 9999	XXXXXXXXXXX

国保連→保険者

共同処理用受給者情報

ＮＮ　99　年　99　月　99　日　　ZZZZ9 頁

保険者名
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

証記載保険者番号	999999	異動区分	9	異動事由	99	異動年月日	ＮＮ	99	年	99	月	99	日
被保険者番号	XXXXXXXXXX					訂正年月日	ＮＮ	99	年	99	月	99	日

基本情報

氏 名	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ			電話番号	XXXXXXXXXXXX
住 所	999	－	9999	XXXXXXXXXXX

国保連→保険者

要介護認定期限到来者一覧表

平成 12 年 4 月 7 日　　1 頁

期限到来年月： 平成 12 年 5 月

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名
0420XX	××市

No.	被保険者番号	被保険者氏名（カナ） 被保険者氏名（漢字）	住所	電話番号	要介護状態区分	申請受付年月日
000001	14207700XX	ｶｲｺﾞ　ﾀﾛｳ 介護　太郎	〒123-45XX　〇〇県××市×××１－２－３	XXX(XXX)XXXX	要介護１	

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　　様

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	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ		
		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
〇〇県××市□□□１－２－３

××市　　介護保険課

電話番号　XXX(XXX)XXXX

(　000001　)

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	ｶｲｺﾞ　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 〇〇県××市×××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	該当に〇（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　）

国保連→保険者

外字空白印字リスト（要介護認定期限到来者）

平成 12 年 8 月 7 日　　1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名
0420XX	××市

No.	被保険者番号	被保険者氏名（カナ） 被保険者氏名（漢字）	住所（カナ） 住所（漢字）
000002	14207700XX	ｶｲｺﾞ　ﾊﾅｺ 介護　■子	ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼﾊﾞﾂﾊﾞﾂﾊﾞﾂ 〇〇県××市×××２－３－４

保険者→国保連

償還連絡票フォーマット

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	
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ										
氏名	介護 太郎										
生年月日	1.明治 2.大正 (3.昭和) 5年 1月 1日							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	X
			口座名義人	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ					

合計額									
保険請求額				9	0	0	0	0
自己負担額				1	0	0	0	0

加除第2号

3	枚中	1	枚目

2111

国保連→保険者

償還払支給決定者一覧表

平成 17年 9月審査分

保険者番号	保険者名
1234XX	□□町

平成 17 年 10 月 12 日 1 頁
〇〇県国民健康保険団体連合会

No. 整理番号	被保険者番号 被保険者氏名（漢字）	サービス提供年月	事業所番号 事業所名称	サービス種類コード サービス種類名	単位数/金額 増減点	支払金額 支払方法	備考	支払日または振込日
000001	14207700XX	平成17年8月	1234567890	41	〇〇〇	〇〇		
20000477XX	介護 太郎		（株）介護保険サービス事業者	福祉用具購入費	×××	口座		
000002	14283941XX	平成17年8月		42	〇〇〇	〇〇		
20000484XX	保険 花子			住宅改修	×××	窓口		

2211

国保連→保険者

償還払不支給決定者一覧表

平成　17 年　10 月　5 日　1 頁

平成 17年 9月審査分

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名
1234XX	■■町

No. 整理番号	被保険者番号 被保険者氏名（漢字）	サービス提供年月	事業所番号 事業所名称	サービス種類コード サービス種類名	単位数/金額	備考
0001	14207700XX		1234567890	32		上限超過
2001081283	介護 太郎	平成17年8月	（株）介護保険サービス事業者	認知症対応型共同生活介護	5,000	
0002	17493438XX			41		限度額管理期間内において、同一の種目を購入のため
2001082930	保険 花子	平成17年8月		福祉用具購入費	18,750	Ｈ１３．５（腰掛便座）、Ｈ１３．６（入浴補助用具）
0003	74381983XX			42		上限額超過
2000109433	給付 次郎	平成17年8月		住宅改修	170,000	Ｈ１２．８（７０，０００円）、
						Ｈ１３年４月（１００，０００円）

介護保険償還払支給（不支給）決定通知書

〒123-45XX
〇〇県××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	〇〇、〇〇〇　円		
給付の種類	居宅介護サービス給付費		
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	〇〇銀行 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	ｶｲｺﾞ ﾊﾅｺ

問い合わせ先
〒123-45XX
〇〇県××市□□□１－２－３

××市　　介護保険課

電話番号　XXX(XXX)XXXX

１　この決定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、〇〇介護保険審査会に審査請求をすることができます。
２　この決定の取消しを求める訴訟は、次の（１）から（３）までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して６箇月以内に、□□に対して提起することができます。
（１）　審査請求があった日から３箇月を経過しても裁決がないとき。
（２）　決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき。
（３）　その他裁決を経ないことにつき正当の理由があるとき。

加除第3号

（　000001　）

別紙第２号

国保連→保険者

外字空白印字リスト（償還払支給（不支給）決定者）

平成 12 年 8 月 7 日　　1頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名
0420XX	△△町

No.	被保険者番号	被保険者氏名（カナ） 被保険者氏名（漢字）	住所（カナ） 住所（漢字）
000001	1420770020	ｶｲｺﾞ　ﾊﾅｺ 介護　■子	ﾏﾙﾏﾙｹﾝｻﾝｶｸｻﾝｶｸﾁｮｳﾊﾞﾂﾊﾞﾂﾊﾞﾂ 〇〇県△△町×××２－３－４

振込依頼書

◇◇銀行
◆◆◆支店　様
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	ﾌ	12345XX	(14207700XX) ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	50,000			
◎◎銀行 〇〇〇支店	ﾌ	34567XX	(14207800XX) ｶｲｺﾞ ｼﾞﾛｳ	30,000			
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
		小計	2　件	80,000	件		
		合計	2　件	80,000	件		

＊種目
普通預金…ﾌ
当座預金…ﾄ
その他　…ﾂ

加除第2号

様式第３号

国保連→保険者

介護給付費通知一覧表

平成 12 年 7 月 1 日　　1頁

○○県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名
0420XX	××市

集計期間 ： 平成 12 年 4 月 ～ 平成 12 年 5 月

No.	被保険者番号	被保険者氏名（カナ） 被保険者氏名（漢字）	サービス月	事業所番号 事業所名	サービス種類コード サービス種類名	保険給付額（円）	自己負担額（円）	公費負担額（円）
000001	14207700XX	ｶｲｺﾞ　ﾀﾛｳ 介護　太郎	4月	1310100011 訪問介護事業所	11 訪問介護	18,000	2,000	
				1310200022 **訪問看護事業所**	13 訪問看護	9,000	1,000	
			5月	1310100011 訪問介護事業所	11 訪問介護	18,000	2,000	
				1310200022 **訪問看護事業所**	13 訪問看護	9,000	1,000	
				1310200993 **福祉用具貸与事業所**	17 福祉用具貸与	216,000	24,000	
			計			270,000	30,000	0

※公費負担額は期間内の合計です。

介護給付費通知書

〒123-45XX
〇〇県××市×××１－２－３

ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ
介護　太郎　　様

被保険者番号：　14207700XX

あなたの　　平成　17　年　10　月　～　平成　18　年　1　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
〇〇県××市□□□１－２－３

××市　　介護保険課

電話番号　　XXX(XXX)XXXX

ＦＡＸ（〇〇）××××－□□□□

サービス月	サービス事業所	サービス種類／サービス略称	サービス日数／回数	利用者負担額合計額（円）	サービス費用合計額（円）
平成17年 10月	福祉施設事業所	福祉施設Ⅰ１	30		
	福祉施設事業所	福祉施設初期加算	30		
	福祉施設事業所	介護福祉施設	30	18,210	182,100
	福祉施設事業所	福祉施設食費	30		
	福祉施設事業所	福祉施設多床室	30		
	福祉施設事業所	特定入所者介護		29,100	51,000
		計		47,310	233,100
平成17年 11月	訪問介護事業所	身体介護１	30		
	訪問介護事業所	訪問介護	30	6,930	69,300
	訪問介護事業所	車いす貸与	30		
	訪問介護事業所	福祉用具貸与	30	24,000	240,000
		計		30,930	309,300

※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。
※この通知によって、支払を行う必要はありません。

（　000001　）

加除第3号

介護給付費通知書（続き）

介護　太郎　様　（　被保険者番号：14207700XX）

平成　17 年 10 月 ～　平成　18 年 1 月 分

サービス月	サービス事業所	サービス種類 ／サービス略称	サービス 日数／回数	利用者負担額 合計額（円）	サービス費用 合計額（円）
平成17年 12月	訪問介護事業所	身体介護１	31		
	訪問介護事業所	訪問介護	31	7,161	71,610
		計		7,161	71,610
平成18年 1月	短期入所事業所	単独短期生活Ｉ１	10		
	短期入所事業所	短期入所生活介護	10	6,410	64,100
	短期入所事業所	短期生活食費	10		
	短期入所事業所	短期生活多床室	10		
	短期入所事業所	特定入所者介護		9,700	17,000
		計		16,110	81,100

※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。
※この通知によって、支払を行う必要はありません。

（　000001　）

加除第3号

様式第３号

国保連→保険者

外字空白印字リスト（介護給付費通知）

平成 12 年 8 月 7 日　　1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名
0420XX	××市

No.	被保険者番号	被保険者氏名（カナ） 被保険者氏名（漢字）	住所（カナ） 住所（漢字）
000002	14207700XX	ｶｲｺﾞ　ﾊﾅｺ 介護　■子	ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼﾊﾞﾂﾊﾞﾂﾊﾞﾂ 〇〇県××市×××２－３－４

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	ｶｲｺﾞ　ﾀﾛｳ	保険者番号	0420XX
被保険者氏名	介護　太郎	被保険者番号	1420770XX
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	ｶｲｺﾞ　ﾀﾛｳ										
	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

加除第3号

別紙様式3号

国保連→保険者

高額介護サービス費給付対象者一覧表

平成 18 年 7 月 7 日　　1頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名
0420XX	××市

No.	被保険者番号 被保険者氏名（漢字）	サービス提供年月	事業所番号 事業所名	サービス種類コード サービス種類名	ｻｰﾋﾞｽ費用合計額（円） 利用者負担額（A）（円）	算定基準額（B）（円） 支払済金額（C）（円）	高額支給額 (A)-(B)-(C)※（円）	備考
000001	14207700XX 介護　太郎	平成18年 1月	1310100011 訪問介護事業所	11 訪問介護	20,000 2,000			
			1310200022 訪問看護事業所	13 訪問看護	10,000 1,000			
			1310200993 福祉用具貸与事業所	17 福祉用具貸与	240,000 24,000			
		計			300,000 30,000	24,600 0	5,400	市、市、合

※(A)－(B)がマイナス値の場合、高額支給額は(A)-(B)-(C)でなく-(C)とする

3311

〒123－45XX
〇〇県××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予定ですのでお知らせします。

記

フリガナ 被保険者氏名	ｶｲｺﾞ　ﾀﾛｳ 介護　太郎	男	保険者番号				0	4	2	0	X	X
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
〇〇県××市□□□１－２－３

××市　　介護保険課

電話番号　　XXX(XXX)XXXX

加除第3号

（　000001　）

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

平成 18 年 5 月

フリガナ	ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	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

		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
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

様

上記のとおり高額介護（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　・今回の支給以降、高額介護（居宅支援）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。
また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
・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。

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	給付制限状況	備　考
１単独 ２合算		有・無 給付割合	

（　000001　）

加除第3号

国保連→保険者

外字空白印字リスト（高額介護サービス費給付対象者）

平成 12 年 8 月 7 日　　1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名
0420XX	××市

No.	被保険者番号	被保険者氏名（カナ） 被保険者氏名（漢字）	住所（カナ） 住所（漢字）
000002	14207700XX	ｶｲｺﾞ　ﾊﾅｺ 介護　■子	ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼﾊﾞﾂﾊﾞﾂﾊﾞﾂ 〇〇県××市×××２－３－４

国保連→保険者

高額介護サービス費支給(不支給) 決定者一覧表

平成 12 年 12 月 1 日　　1 頁

○○県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名
0420XX	××市

No.	被保険者番号 被保険者氏名(漢字)	サービス提供年月 決定年月	支払情報 可否	利用者負担金額（円） 決定額（円）	支払方法	支払場所・支払期間または振込先情報 支払場所 支払期間 金融機関名　支店名 種目　口座番号　口座名義人	支払日または振込日
000001	14207700XX 介護　太郎	平成12年 ○月 平成12年 ○月	可	○○,○○○ ○○,○○○	口座	介護銀行　本店 普通　12345XX　ｶｲｺﾞﾀﾛｳ	

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
〇〇県××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	〇〇、〇〇〇　円		
給付の種類	居宅介護サービス給付費		
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	〇〇銀行 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	ｶｲｺﾞ　ﾊﾅｺ

問い合わせ先
〒123-45XX
〇〇県××市□□□１－２－３

××市　　介護保険課

電話番号　XXX(XXX)XXXX

１　この決定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、〇〇介護保険審査会に審査請求をすることができます。
２　この決定の取消しを求める訴訟は、次の（１）から（３）までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して６箇月以内に、□□に対して提起することができます。
（１）　審査請求があった日から３箇月を経過しても裁決がないとき。
（２）　決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき。
（３）　その他裁決を経ないことにつき正当の理由があるとき。

加除第３号

（　000001　）

国保連→保険者

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)

平成 12 年 8 月 7 日　　1 頁

○○県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名
0420XX	××市

No.	被保険者番号	被保険者氏名（カナ） 被保険者氏名（漢字）	住所（カナ） 住所（漢字）
000002	14207700XX	ｶｲｺﾞ　ﾊﾅｺ 介護　■子	ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼﾊﾞﾂﾊﾞﾂﾊﾞﾂ ○○県××市×××２－３－４

3531

振込依頼書

◇◇銀行
◆◆◆支店　様
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	ﾌ	12345XX	(14207700XX) ｶｲｺﾞ ﾀﾛｳ	50,000			
◎◎銀行 〇〇〇支店	ﾌ	34567XX	(14207800XX) ｶｲｺﾞ ｼﾞﾛｳ	30,000			
			(　　)				
			(　　)				
			(　　)				
			(　　)				
			(　　)				
			(　　)				
			(　　)				
			(　　)				
			(　　)				
		小計	2　件	80,000	件		
		合計	2　件	80,000	件		

＊種目
普通預金…ﾌ
当座預金…ﾄ
その他　…ｿ

加除第3号

介護給付費 払込請求書

○○市　　殿

平成 17 年 11 月審査確定額（償還分）を下記のとおり払込み下さい。

金　額		17,000 円
内訳	居宅介護	1,000 円
	特例居宅介護	1,000 円
	施設介護	1,000 円
	特例施設介護	1,000 円
	居宅介護計画	1,000 円
	特例居宅介護計画	1,000 円
	居宅支援	1,000 円
	特例居宅支援	1,000 円
	居宅支援計画	1,000 円
	特例居宅支援計画	1,000 円
	高額介護	1,000 円
	高額居宅支援	1,000 円
	市町村特別給付	1,000 円
	特定入所者介護	1,000 円
	特例特定入所者介護	1,000 円
	特定入所者支援	1,000 円
	特例特定入所者支援	1,000 円

払込期限	平成 17 年 12 月 15 日
送金先	○×銀行□□支店
口座名	ﾏﾙﾏﾙｹﾝｺｳﾎｹﾝﾚﾝｺﾞｳｶｲ

平成 17 年 11 月 30 日

理事長印

○○県 国民健康保険団体連合会 理事長

振込人→取扱銀行→振込人

領　収　書

○○市　　殿

平成 17 年 11 月審査確定額（償還分）を下記のとおり領収いたしました。

（取扱店）

金　額		17,000 円
内訳	居宅介護	1,000 円
	特例居宅介護	1,000 円
	施設介護	1,000 円
	特例施設介護	1,000 円
	居宅介護計画	1,000 円
	特例居宅介護計画	1,000 円
	居宅支援	1,000 円
	特例居宅支援	1,000 円
	居宅支援計画	1,000 円
	特例居宅支援計画	1,000 円
	高額介護	1,000 円
	高額居宅支援	1,000 円
	市町村特別給付	1,000 円
	特定入所者介護	1,000 円
	特例特定入所者介護	1,000 円
	特定入所者支援	1,000 円
	特例特定入所者支援	1,000 円

平成　　年　　月　　日

理事長印

○○県 国民健康保険団体連合会　理事長

※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

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									
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	17,000 円				
	フリガナ ﾏﾙﾏﾙｹﾝｺｸﾐﾝｹﾝｺｳﾎｹﾝﾀﾞﾝﾀｲﾚﾝｺﾞｳｶｲ									
	氏名 ○○県国民健康保険団体連合会									
依頼人	フリガナ ﾏﾙﾏﾙｼ									
	氏名 ○○市　　殿									

実施印

ﾃﾚ照合印

（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
お取扱下さい。

公　金

出納済印または振替科目

備考
介護保険給付費の審査支払確定額
審査年月　17　年　11 月
払込期限　17　年　12 月 15 日

振込人・取扱銀行（保管）

介護給付費 振込通知書

平成 17　年　11 月　審査分（償還分）

（　　経由）

○○県 国民健康保険団体連合会殿

金　額		17,000 円	口座番号	収入科目 款	項	目	節
内訳	居宅介護	1,000 円	1234567	02	01	01	01
	特例居宅介護	1,000 円	1234567	02	01	02	01
	施設介護	1,000 円	1234567	02	01	03	01
	特例施設介護	1,000 円	1234567	02	01	04	01
	居宅介護計画	1,000 円	1234567	02	01	07	01
	特例居宅介護計画	1,000 円	1234567	02	01	08	01
	居宅支援	1,000 円	1234567	02	02	01	01
	特例居宅支援	1,000 円	1234567	02	02	02	01
	居宅支援計画	1,000 円	1234567	02	02	05	01
	特例居宅支援計画	1,000 円	1234567	02	02	06	01
	高額介護	1,000 円	1234567	02	04	01	01
	高額居宅支援	1,000 円	1234567	02	04	02	01
	市町村特別給付	1,000 円	1234567	02	05	01	01
	特定入所者介護	1,000 円	1234567	02	06	01	01
	特例特定入所者介護	1,000 円	1234567	02	06	02	01
	特定入所者支援	1,000 円	1234567	02	06	03	01
	特例特定入所者支援	1,000 円	1234567	02	06	04	01

振込人→取扱銀行→連合会

加除第3号

国保連→保険者

振込者一覧表

平成 12 年 8 月 7 日　　1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名
0420XX	××市

被保険者番号 被保険者氏名（カナ）	金融機関名 金融機関支店名	口座種目 口座名義人（カナ）	口座番号	振込金額（円）	備考
04207700XX ｶｲｺﾞ　ﾀﾛｳ	◇◇銀行 ◆◆◆支店	普通 ｶｲｺﾞ　ﾀﾛｳ	12345XX	10,000	償還払

国保連→保険者

振込不能者一覧表

平成 12 年 8 月 7 日　　1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名
0420XX	××市

被保険者番号 被保険者氏名（カナ）	金融機関名 金融機関支店名	口座種目 口座名義人（カナ）	口座番号	振込金額（円）	備考
04207800XX ｶｲｺﾞ ｼﾞﾛｳ	◇◇銀行 ◆◆◆支店	普通 ｶｲｺﾞ ｼﾞﾛｳ	23456XX	20,000	高額 取引なし

国保連→保険者

主治医意見書料支払一覧表

平成 12 年 8 月 7 日　　1頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名
1234XX	△△町

事業所番号 事業所名	被保険者番号	調査依頼日	調査実施日	調査票受領日	請求額（円）	消費税額（円）	支払額（円）	消費税額（円）	備考
04102123XX 〇〇医療機関	00000012XX	平成12年8月1日	平成12年8月19日	平成12年8月20日	4,000	200	4,000	200	
	01010101XX	平成12年8月1日	平成12年8月19日	平成12年8月20日	5,000	250	5,000	250	
04102123XX ××医療機関	00100100XX	平成12年8月2日	平成12年8月20日	平成12年8月21日	4,000	200	4,000	200	施設、継続申請
	00200200XX	平成12年8月2日	平成12年8月20日	平成12年8月21日	3,000	150	3,000	150	

3A11

保険者→国保連

認定調査委託料支払一覧表

平成 12 年 8 月 7 日　　1頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名
1234XX	△△町

事業所番号 事業所名	被保険者番号	調査依頼日	調査実施日	調査票受領日	請求額 (円)	消費税額 (円)	支払額 (円)	消費税額 (円)	備考
04102123XX 〇〇介護支援事業者	0000001234	平成12年8月1日	平成12年8月9日	平成12年8月11日	5,000	250	5,000	250	
	0101010102	平成12年8月1日	平成12年8月9日	平成12年8月11日	5,000	250	5,000	250	

3B11

別紙第2号

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	1	8	年	0	4	月	0	1	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
811 1XX	○○○○○	XXXXX	XXXXX	平成○○年○○月○○日	平成○○年○○月○○日	有り
812 2XX	××××××	XXXXX	XXXXX	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	

5711

別紙様式2号

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	1	8	年	0	4	月	0	1	日
訂正年月日	平成	1	8	年	0	5	月	0	8	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
811 1XX	○○○○○	XXXXX	XXXXX	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	有り
812 2XX	××××××	XXXXX	XXXXX	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	

5721

別紙様式2号

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	
				平成		年		月		日	平成		年		月		日	

5731

別紙様式２号

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
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	
				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	1	3	年	0	4	月	0	1	日

申請（開設）者

氏名	シ゛キ゛ョウシャ　シ゛ロウ	電話番号	012-345-67XX
	事業者　二郎	FAX番号	012-345-66XX
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ー2ー3		

代表者

氏名	シ゛キ゛ョウシャ　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ー2ー3		

法人種別	0	1

市町村番号	1	2	3	地域区分	1

5811

保険者→国保連

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 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
サービスコード	1 1 1 1 1 1

異動区分	(1:新規　2:変更　3:終了)

異動年月日	平成	1 3	年	0 4	月	0 1	日

管理者

氏　名	ｼﾞｷﾞｮｳｼｬ　ｼﾞﾛｳ
	事　業　者　　二　郎
住　所	1 2 3 - 4 5 X X
	ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼｻﾝｶｸｻﾝｶｸ1-2-3
	○　○　県　×　×　市　△　△　1　ー　2　ー　3

事業開始年月日	平成	1	3	年	0	4	月	0	1	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	ｼﾞｷﾞｮｳｼｬ　ｲﾁﾛｳ		
	事　業　者　　一　郎		
住　所	1 2 3 - 4 5 X X	電話番号	0 1 2 - 3 4 5 - 6 7 X X	FAX番号	0 1 2 - 3 4 5 - 6 6 X X
	ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼｻﾝｶｸｻﾝｶｸ1-2-3				
	○　○　県　×　×　市　△　△　1　ー　2　ー　3				

市町村特別給付						
登録保険者番号	0	4	2	0	X	X
受領委任	(1:なし　2:あり)					
登録開始年月日	平成	1 3	年	0 4	月	0 1 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)

5911

保険者→国保連

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 13 年 6 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

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	1	0	日

申請（開設）者

氏 名		電話番号	0 1 2 - 5 4 3 - 2 1 X X
		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	

5821

保険者→国保連

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	1 3	年	0 4	月	0 1	日
訂正年月日	平成	1 3	年	0 6	月	1 0	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 012-678-90XX 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

5921

国保連→保険者

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	ｼﾞｷﾞｮｳｼｬ　ｼﾞﾛｳ 事業者　二郎	電話番号	023-456-77XX
		FAX番号	023-456-77XX
住 所	123-45XX　ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼｻﾝｶｸｻﾝｶｸ1-2-3 ○○県××市△△１－２－３		

代表者

氏 名	ｼﾞｷﾞｮｳｼｬ　ｲﾁﾛｳ 事業者　一郎	職　　名	理事
住 所	123-45XX　ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼｻﾝｶｸｻﾝｶｸ1-2-3 ○○県××市△△１－２－３		

法人種別	01

市町村番号	123	地域区分	1

5831

国保連→保険者

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	ｼﾞｷﾞｮｳｼｬ　ｼﾞﾛｳ
	事業者　二郎
住 所	123-45XX
	ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼｻﾝｶｸｻﾝｶｸ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	ｼﾞｷﾞｮｳｼｬ　ｲﾁﾛｳ				
	事業者　一郎				
住 所	123-45XX	電話番号	023-456-77XX	FAX番号	023-456-77XX
	ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼｻﾝｶｸｻﾝｶｸ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

5931

国保連→保険者

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	ｼﾞｷﾞｮｳｼｬ　ｼﾞﾛｳ 事業者　二郎	電話番号	023-456-77XX
		FAX番号	023-456-77XX
住 所	123-45XX　ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼｻﾝｶｸｻﾝｶｸ1-2-3 〇〇県××市△△１－２－３		

代表者

氏 名	ｼﾞｷﾞｮｳｼｬ　ｲﾁﾛｳ 事業者　一郎	職　　名 理事
住 所	123-45XX　ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼｻﾝｶｸｻﾝｶｸ1-2-3 〇〇県××市△△１－２－３	

法人種別	01

市町村番号	123	地域区分	1

5841

国保連→保険者

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	ｼﾞｷﾞｮｳｼｬ　ｼﾞﾛｳ
	事業者　二郎
住 所	123-45XX
	ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼｻﾝｶｸｻﾝｶｸ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	ｼﾞｷﾞｮｳｼｬ　ｲﾁﾛｳ				
	事業者　一郎				
住 所	123-45XX	電話番号	023-456-77XX	FAX番号	023-456-77XX
	ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼｻﾝｶｸｻﾝｶｸ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

5941

保険者→国保連

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	1 3	年	0 4	月	0 1	日

口座情報

○×	(1.)銀行 2.信用金庫<	×○	1.本店 (2.)支店 3.出張所

金融機関ｺｰﾄﾞ	支店ｺｰﾄﾞ	1.普通預金 2.当座預金 9.その他	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）	ｶｲｺﾞ　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	××市
名称２	介護保険課
住所	123-45XX　電話番号 012-345-12XX
	ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼｻﾝｶｸｻﾝｶｸ1-1-1
	○○県××市△△1ー1ー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	○○○○○

5A11

保険者→国保連

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

◇◇	(1.銀行) 2.信用金庫 3.信用組合	○○	(1.本店) 2.支店 3.出張所

金融機関ｺｰﾄﾞ	支店ｺｰﾄﾞ	1.普通預金 2.当座預金 9.その他	口座番号
9 8 7 6	- 5 4 3		9 8 7 6 5 X X

口座名義人（カナ）	ｶｲｺﾞ 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

5A21

国保連→保険者

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

金融機関ｺｰﾄﾞ		支店ｺｰﾄﾞ	口座種目	口座番号
1234	-	123	普通	12345XX

口座名義人（カナ）	ﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼ
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
	ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞ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	○○○○○○○○

5A31

国保連→保険者

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

金融機関ｺｰﾄﾞ		支店ｺｰﾄﾞ	口座種目	口座番号
1234	-	123		12345XX

口座名義人（カナ）	ﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼ
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
	ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞ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	○○○○○○○○

5A41

別紙第３号

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	1	8	年	0	4	月	0	1	日

基本情報

| | | | | | | | | |

様式第３号

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	1	8	年	0	4	月	0	1	日
訂正年月日	平成	1	8	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゛ツシシカクシカク3-2-1	帳票出力順序コード	
	○○県××市□□3一2一1		

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	利用者負担第２段階	1:該当無し　2:該当有り
老齢福祉年金受給の有無	1:受給無し　2:受給有り	支給申請書出力の有無	1:出力無し　2:出力有り

5C21

別紙第３号

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	異動区分	1	異動事由	01	異動年月日	平成	18	年	04	月	01	日
被保険者番号	12345678XX	訂正区分				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	ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼｻﾝｶｸｻﾝｶｸ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	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
利用者負担第２段階	1	支給申請書出力の有無	1		

5C31

様式第３号

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	異動区分	1	異動事由	01	異動年月日	平成	18	年	04	月	01	日
被保険者番号	12345678XX					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	ﾏﾙﾏﾙｹﾝﾊﾞﾂﾊﾞﾂｼｻﾝｶｸｻﾝｶｸ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	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
利用者負担第２段階	1	支給申請書出力の有無	1		

5C41