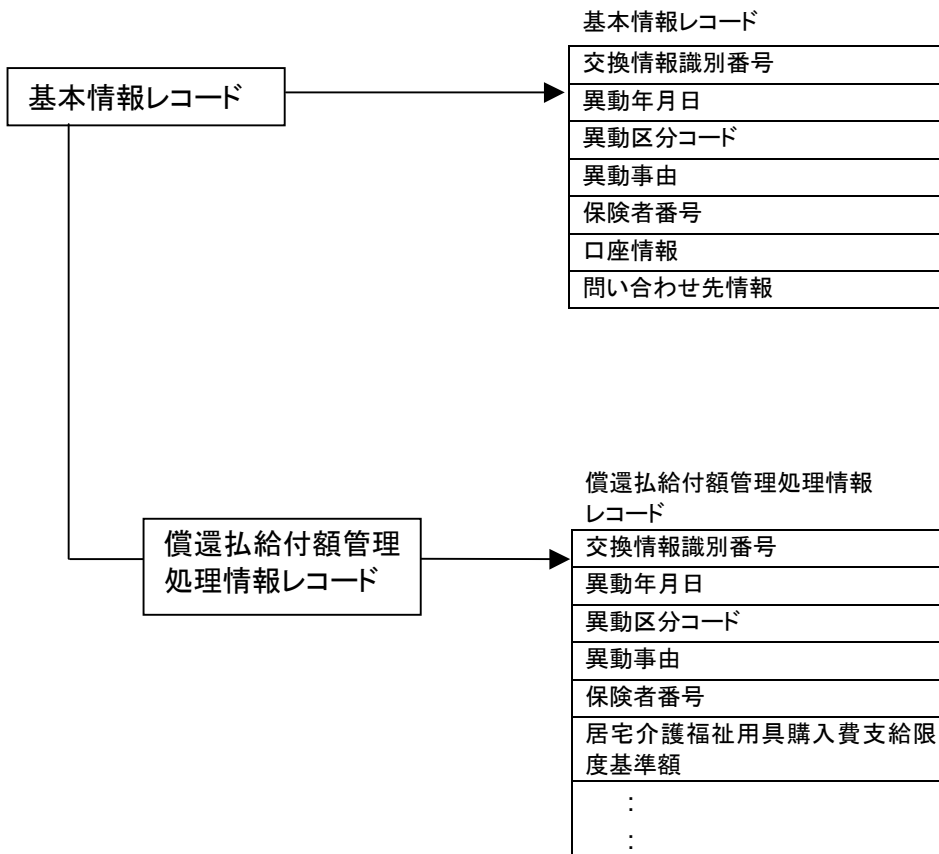


レコード構成図

共同処理用保険者情報



3.3.17 共同処理用受給者情報（入力情報）

(1) 共同処理用受給者異動連絡票情報（基本情報）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力 ¹		備考
					新規	変更	
1	交換情報識別番号	数字	4	共同処理用受給者異動連絡票情報の識別番号を設定する			“5C11”固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日（西暦年月日(YYYYMMDD)）を設定する			※2
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを設定する			1:新規 2:変更
4	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を設定する			※3
5	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を設定する			※3
6	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する			※3
7	被保険者氏名（漢字）	漢字	40	被保険者氏名（漢字）を設定する			
8	郵便番号	数字	7	被保険者の郵便番号を設定する			
9	住所（カナ）	英数	75	被保険者の住所（カナ）を設定する			
10	住所（漢字）	漢字	128	被保険者の住所（漢字）を設定する			
11	電話番号	英数	12	被保険者の電話番号を設定する			
12	帳票出力順序コード	英数	3	市町村コード等の任意のコードを設定する 帳票出力のソートで使用する			

※1 異動区分コードにより入力必須項目が異なる。(○:必須)

※2 「6.5 留意事項:「年月日」欄」参照(P.1031)

※3 「6.4 コード一覧」参照(P.1024)

(2) 共同処理用受給者異動連絡票情報(償還払給付額管理処理情報)

(複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力 ¹		備考
					新規	変更	
1	交換情報識別番号	数字	4	共同処理用受給者異動連絡票情報の識別番号を設定する			“5D11”固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する			※2
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを設定する			1:新規 2:変更
4	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を設定する			※3
5	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を設定する			※3
6	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する			※3
7	保険給付支払の一時差止の開始年月日	数字	8	保険給付支払の一時差止を開始した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する			※2
8	保険給付支払の一時差止の終了年月日	数字	8	保険給付支払の一時差止を終了した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する			※2
9	保険給付支払の一時差止区分コード	数字	1	保険給付支払の一時差止の区分コードを設定する			1:非対象 2:一部サービス対象 3:全サービス対象
10	保険給付支払の一時差止の対象サービス種類コード	数字	2	保険給付支払の一時差止の対象サービス種類コードを設定する	一時差止区分コードが“2”の場合、必須		※3

※1 異動区分コードにより入力必須項目が異なる。(○:必須)

※2 「6.5 留意事項:「年月日」欄」参照(P.1031)

※3 「6.4 コード一覧」参照(P.1024)

(3) 共同処理用受給者異動連絡票情報(高額介護サービス費支給処理情報)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力 ¹		備考
					新規	変更	
1	交換情報識別番号	数字	4	共同処理用受給者異動連絡票情報の識別番号を設定する			“5E11”固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する			※2
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを設定する			1:新規 2:変更
4	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を設定する			※3
5	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を設定する			※3
6	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する			※3
7	世帯主被保険者番号(世帯集約番号)	英数	10	世帯主被保険者番号を設定する 世帯合算で使用する			
8	世帯所得区分コード	数字	1	世帯の所得区分コードを設定する			※3
9	所得区分コード	数字	1	個人の所得区分コードを設定する			※3
10	老齢福祉年金受給の有無	数字	1	老齢福祉年金受給の有無を設定する			1:受給無し 2:受給有り

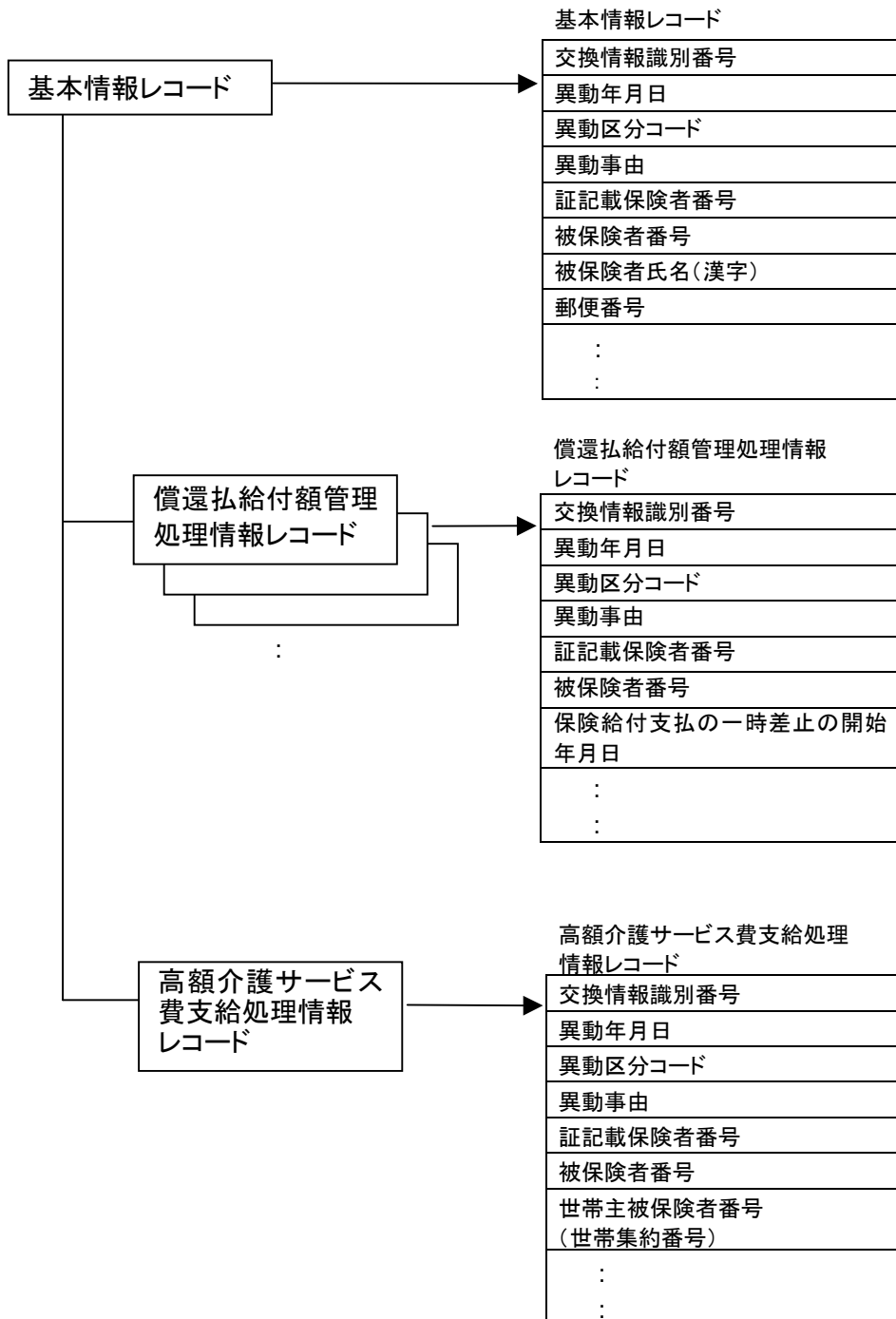
※1 異動区分コードにより入力必須項目が異なる。(○:必須)

※2 「6.5 留意事項:「年月日」欄」参照(P.1031)

※3 「6.4 コード一覧」参照(P.1024)

レコード構成図

共同処理用受給者異動連絡票情報



(4) 共同処理用受給者訂正連絡票情報(基本情報)

帳票のみの入力情報であるため、項目を記載していません

(5) 共同処理用受給者訂正連絡票情報(償還払給付額管理処理情報)

帳票のみの入力情報であるため、項目を記載していません

(6) 共同処理用受給者訂正連絡票情報(高額介護サービス費支給処理情報)

帳票のみの入力情報であるため、項目を記載していません

3.3.18 共同処理用受給者情報（出力情報）

(1) 共同処理用受給者情報更新結果情報（基本情報）

項番	項目	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	数字	4	共同処理用受給者異動連絡票情報の識別番号を出力する	“5C31”固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	
4	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	
5	訂正区分コード	数字	1	訂正区分コードを出力する	
6	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を出力する	
7	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	
8	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	
9	被保険者氏名（漢字）	漢字	40	被保険者氏名（漢字）を出力する	
10	電話番号	英数	12	被保険者の電話番号を出力する	
11	郵便番号	数字	7	被保険者の郵便番号を出力する	
12	住所（カナ）	英数	75	被保険者の住所（カナ）を出力する	
13	住所（漢字）	漢字	128	被保険者の住所（漢字）を出力する	
14	帳票出力順序コード	英数	3	市町村コード等の任意のコードを出力する	

(2) 共同処理用受給者情報更新結果情報(償還払給付額管理処理情報)

(複数レコード)

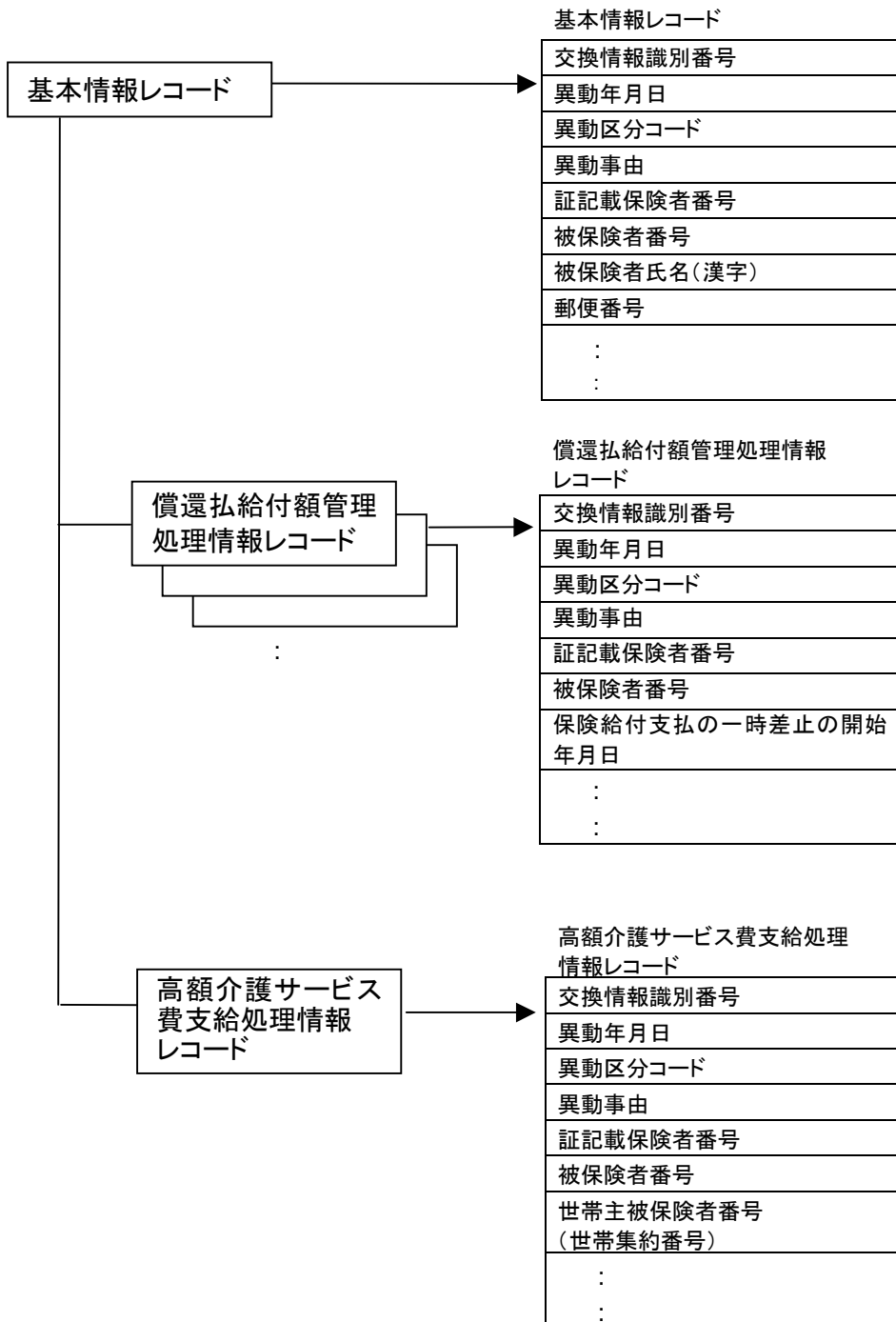
項番	項目	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	数字	4	共同処理用受給者異動連絡票情報の識別番号を出力する	“5D31”固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	
4	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	
5	訂正区分コード	数字	1	訂正区分コードを出力する	
6	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を出力する	
7	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	
8	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	
9	保険給付支払の一時差止の開始年月日	数字	8	保険給付支払の一時差止を開始した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	
10	保険給付支払の一時差止の終了年月日	数字	8	保険給付支払の一時差止を終了した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	
11	保険給付支払の一時差止区分コード	数字	1	保険給付支払の一時差止の区分コードを出力する	
12	保険給付支払の一時差止の対象サービス種類コード	数字	2	保険給付支払の一時差止の対象サービス種類コードを出力する	

(3) 共同処理用受給者情報更新結果情報(高額介護サービス費支給処理情報)

項番	項目	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	数字	4	共同処理用受給者異動連絡票情報の識別番号を出力する	“5E31”固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	
4	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	
5	訂正区分コード	数字	1	訂正区分コードを出力する	
6	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を出力する	
7	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	
8	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	
9	世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	数字	10	世帯主被保険者番号を出力する	
10	世帯所得区分コード	数字	1	世帯の所得区分コードを出力する	
11	所得区分コード	数字	1	個人の所得区分コードを出力する	
12	老齢福祉年金受給の有無	数字	1	老齢福祉年金受給の有無を出力する	

レコード構成図

共同処理用受給者情報更新結果情報



(4) 共同処理用受給者情報(基本情報)

項番	項目	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	数字	4	共同処理用受給者異動連絡票情報の識別番号を出力する	“5C41”固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	
3	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	
4	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	
5	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を出力する	
6	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	
7	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	
8	被保険者氏名(漢字)	漢字	40	被保険者氏名(漢字)を出力する	
9	郵便番号	数字	7	被保険者の郵便番号を出力する	
10	住所(カナ)	英数	75	被保険者の住所(カナ)を出力する	
11	住所(漢字)	漢字	128	被保険者の住所(漢字)を出力する	
12	電話番号	英数	12	被保険者の電話番号を出力する	
13	帳票出力順序コード	英数	3	市町村コード等の任意のコードを出力する	

(5) 共同処理用受給者情報(償還払給付額管理処理情報)

(複数レコード)

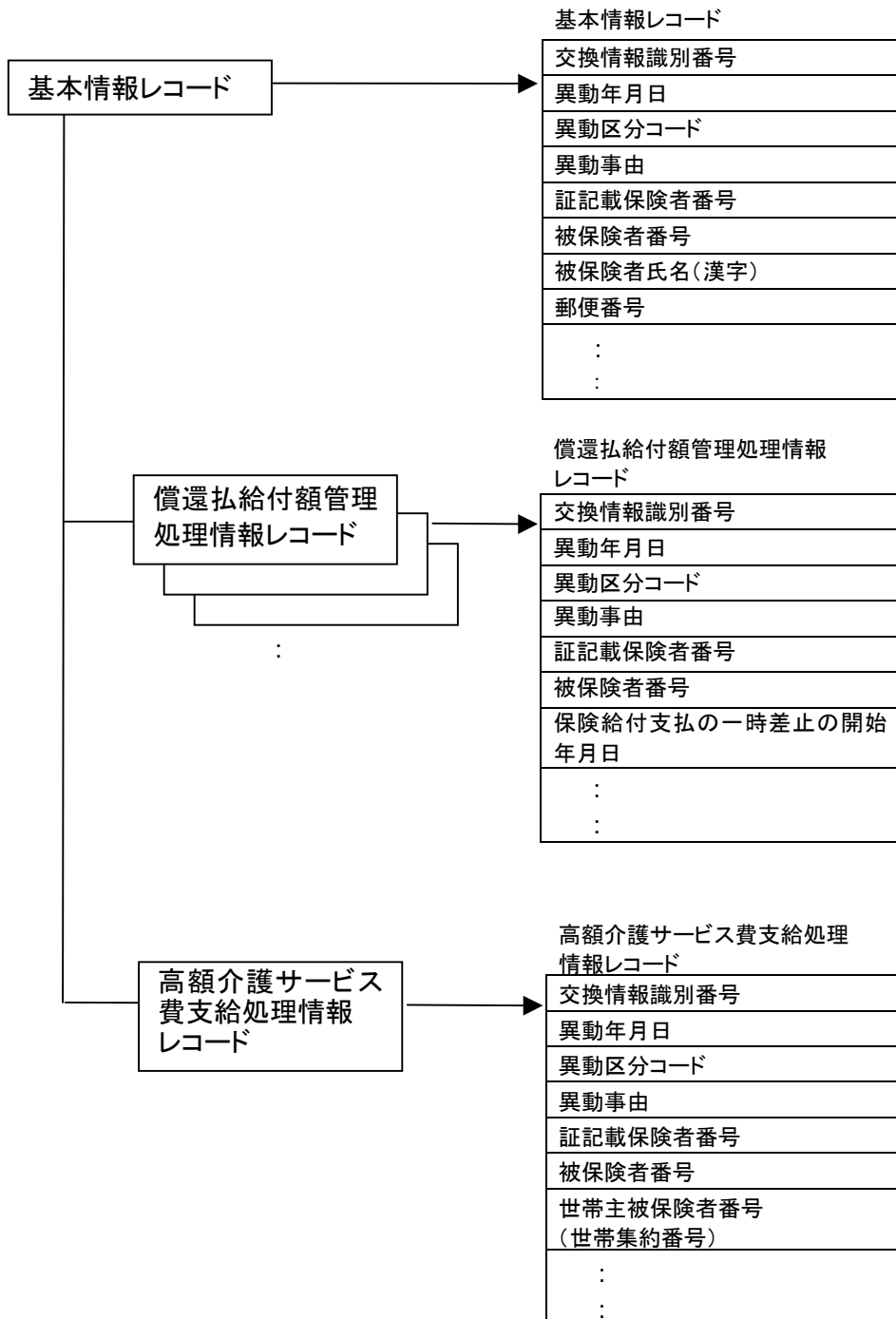
項番	項目	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	数字	4	共同処理用受給者異動連絡票情報の識別番号を設定する	“5D41”固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	
3	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を設定する	
4	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを設定する	
5	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を設定する	
6	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を設定する	
7	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する	
8	保険給付支払の一時差止の開始年月日	数字	8	保険給付支払の一時差止を開始した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	
9	保険給付支払の一時差止の終了年月日	数字	8	保険給付支払の一時差止を終了した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	
10	保険給付支払の一時差止区分コード	数字	1	保険給付支払の一時差止の区分コードを設定する	
11	保険給付支払の一時差止の対象サービス種類コード	数字	2	保険給付支払の一時差止の対象サービス種類コードを設定する	

(6) 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)

項番	項目	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	数字	4	共同処理用受給者異動連絡票情報の識別番号を出力する	“5E41”固定
2	異動年月日	数字	8	受給者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	
3	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	
4	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	
5	異動事由	数字	2	共同処理用受給者情報の異動事由を出力する	
6	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証記載の保険者番号を出力する	
7	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	
8	世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	数字	10	世帯主被保険者番号を出力する	
9	世帯所得区分コード	数字	1	世帯の所得区分コードを出力する	
10	所得区分コード	数字	1	個人の所得区分コードを出力する	
11	老齢福祉年金受給の有無	数字	1	老齢福祉年金受給の有無を出力する	

レコード構成図

共同処理用受給者情報



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

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。

・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

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

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、その業務毎に必要な共同処理用情報がある。委託業務と必要な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

要介護認定定期限到来者一覧表

NN Z9 年 Z9 月 Z9 日 ZZZZ9 頁

期限到来年月： NN Z9 年 Z9 月
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号		保険者名		住所	電話番号	要介護状態区分	申請受付年月日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	被保険者氏名(力才)	被保険者氏名(漢字)				
999999	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXX	NNNN	
999999	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXX	NNNN	
999999	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXX	NNNN	
999999	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXX	NNNN	
999999	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXX	NNNN	
999999	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXX	NNNN	
999999	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXX	NNNN	
999999	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXX	NNNN	
999999	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXX	NNNN	
999999	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXX	NNNN	

要介護認定・要支援認定有効期間終了のお知らせ

NXXXXXXXX
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN N

あなたの要介護認定・要支援認定期間が、 NN 29 年 29 月 29 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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
		被保険者氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
要介護認定期間	NN 29 年 29 月 29 日 ~ NN 29 年 29 月 29 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
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

電話番号 XXXXXXXXXXXX

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 者	被保険者番号	X X X X X X X X X X X	申請年月日	年 月 日	
	フリガナ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	生年月日	NN Z9 年 Z9 月 Z9 日	
	氏 名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	性別	N	
	住 所	NXXXXXXXXX NN NN 電話番号 XXXXXXXXXXXX			
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 NNNN			
		有効期間 NN Z9 年 Z9 月 Z9 日 から NN Z9 年 Z9 月 Z9 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 (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

()

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										
	(ワガナ)										
	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									

	枚中		枚目
--	----	--	----

介護保険償還払支給（不支給）決定通知書

NXXXXXXXXX
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 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	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	被保険者番号	XXXXXXXXXXXX
受付年月日	NN 29 年 29 月 29 日	決定年月日	NN 29 年 29 月 29 日
本人支払額	ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
給付の種類	NNN NNN NNN NNN		
支給	N N N	支給金額	ZZZ,ZZZ,ZZ9 円
不支給の理由	NNN NNN		

支 払 方 法			
N N N		N N N	
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	金融機関	NNN NNN
		口座種目	NNN
支払場所	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	振込先	口座番号
支払期間	NN 29 N 29 N 29 NNN NN 29 N 29 N 29 N NN NN NN NN 29 NNNN 29 N		9 9 9 9 9 9 9 XX X

問い合わせ先
 NXXXXXXXXX
 NNN
 NNN

NN

電話番号 XXXXXXXXXXXX

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、
 NNNN介護保険審査会に審査請求をすることができます。

振込依頼書

NNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNN 様
 依頼人 NNNNNNNNNNNNNNNNN

提出日	年	月	日
頁 / 枚数	ZZZZZZZZ9 /		ZZZZZZZZ9

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
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
				小計	ZZZZZZ9 件	ZZZ,ZZZ,ZZ9	件
				合計	ZZZZZZ9 件	ZZZ,ZZZ,ZZ9	件

*種目
 普通預金...
 当座預金...
 その他...

介護給付費通知書

NXXXXXXXX
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN N

被保険者番号：XXXXXXXXXX

あなたの NN 29 年 29 月 ~ NN 29 年 29 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】

NXXXXXXXX
NN
NN

NN

電話番号 XXXXXXXXXXXXX

サービス月	サービス事業所	サービス種類	サービス費用合計額 (円)
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NNZ9NZ9N	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNN	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。

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 3. 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							

高額介護サービス費給付対象者一覧表

保険者番号	被保険者番号		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	サービス費用 合計額 (円) 利用者負担額 (円)	算定基準額 (円)		高額支給額 (A)-(B)-(C) (円)	備考
	被保険者氏名 (漢字)	被保険者氏名 (漢字)					(B)	(C)		
999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN

NXXXXXXXXX
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN N

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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N	保険者番号		9	9	9	9	9		
生年月日	NN 29 年 29 月 29 日		被保険者番号	X	X	X	X	X	X	X	X
対象年月	NN 29 年 29 月										
自己負担金額	ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	支給（予定）金額	ZZZ,ZZZ,ZZ9 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】
 NXXXXXXXXX
 NNN
 NNN
 NNN
 電話番号 XXXXXXXXXXXX

高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表

NN 29 年 Z9 月 Z9 日 ZZZZZ9 頁

NNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号 999999	被保険者番号		サービステ提供 年月 決定年月	支払情報		支払 方法	支払場所		支払日 または 振込日	
	被保険者氏名(漢字)	被保険者番号		可否	利用者負担 金額(円)		支払期間			支店名
							種類	口座番号		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN		
NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	9999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		

高額介護（居宅支援）サービス費支給（不支給）決定通知書

NXXXXXXXX
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 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	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	被保険者番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
受付年月日	NN 29 年 29 月 29 日	決定年月日	NN 29 年 29 月 29 日										
本人支払額	ZZZ,ZZZ,ZZ9 円												
給付の種類	NN NNN NNN NNN												
支給	NNN	支給金額	ZZZ,ZZZ,ZZ9 円										
不支給の理由	NN NNN												

支払方法				
NNN		NNN		
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	
支払場所	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		口座種目	NNN
支払期間	NN 29 N 29 N 29 NNN NN 29 N 29 N 29 N NN NN NNNN 29 NNNN 29 N		口座番号	99999999
			口座名義人	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX X

問い合わせ先
 NXXXXXXXXX
 NNN
 NNN

 NNN

 電話番号 XXXXXXXXXXXX

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、
 NNNN介護保険審査会に審査請求をすることができます。

振込依頼書

NNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNN 様
 依頼人 NNNNNNNNNNNNNNNNN

提出日	年	月	日
頁 / 枚数	ZZZZZZZZ9 /		ZZZZZZZZ9

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
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
NNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ,ZZZ,ZZ9			
*種目							
普通預金...ノ							
当座預金...ト							
その他 ...ノ							
		小計	ZZZZZZ9 件	ZZZ,ZZZ,ZZ9	件		
		合計	ZZZZZZ9 件	ZZZ,ZZZ,ZZ9	件		

共同処理用市町村特別給付異動連絡票

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	点数	支給限度基準額	有効開始年月日			有効終了年月日				
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	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											
訂正年月日	平成											

サービスコード	サービス名	点数	支給限度基準額	有効開始年月日			有効終了年月日		
				年	月	日	年	月	日
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		
				平成			平成		

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		点数	支給限度基準額	有効開始年月日							有効終了年月日						
					99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		
999999	NN	NNNNNNNNNNNN	999999	999999	99	年	99	月	99	日	99	年	99	月	99	日		

共同処理用市町村特別給付情報

保険者名		
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		

異動区分	9
------	---

異動年月日	NN	99	年	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	NN	99	年	99	年	99	月	99	日

保険者番号	999999
-------	--------

サービスコード	サービス名	点数	支給限度基準額	有効開始年月日						有効終了年月日							
				NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日