

項番	項目名	様式第二・二の二	様式第三・三の二	様式第四・四の二	様式第四の三・四の四	様式第五・五の二	様式第六・六の七	様式第七・七の二	様式第八	様式第九	様式第九の二	様式第十	様式第十三・十三の二	様式第十四・十四の二
46	摘要20													
47	緊急時施設療養費合計点数													

凡例 ...必須項目 ...請求内容により設定する項目 空白...設定不要

所定疾患施設療養費等情報レコード（複数レコード）

様式第九についてはサービス提供年月が平成24年4月以降の場合、以下の項目を設定する。

項番	項目名	様式第二・二の二	様式第三・三の二	様式第四・四の二	様式第四の三・四の四	様式第五・五の二	様式第六・六の七	様式第七・七の二	様式第八	様式第九	様式第九の二	様式第十	様式第十三・十三の二	様式第十四・十四の二
1	交換情報識別番号													
2	レコード種別コード													
3	サービス提供年月													
4	事業所番号													
5	証記載保険者番号													
6	被保険者番号													
7	緊急時施設療養情報レコード順次番号													
8	緊急時傷病名1													
9	緊急時傷病名2													
10	緊急時傷病名3													
11	緊急時治療開始年月日1													
12	緊急時治療開始年月日2													
13	緊急時治療開始年月日3													
14	往診日数													
15	往診医療機関名													
16	通院日数													
17	通院医療機関名													
18	緊急時治療管理単位数													
19	緊急時治療管理日数													
20	緊急時治療管理小計													
21	リハビリテーション点数													

項番	項目名	様式第二・二の二	様式第三・三の二	様式第四・四の二	様式第四の三・四の四	様式第五・五の二	様式第六・六の七	様式第七・七の二	様式第八	様式第九	様式第九の二	様式第十	様式第十三・十三の二	様式第十四・十四の二
2 2	処置点数													
2 3	手術点数													
2 4	麻酔点数													
2 5	放射線治療点数													
2 6	摘要 1													
2 7	摘要 2													
:	:													
4 5	摘要 2 0													
4 6	緊急時施設療養費合計点数													
4 7	所定疾患施設療養費傷病名 1													
4 8	所定疾患施設療養費傷病名 2													
4 9	所定疾患施設療養費傷病名 3													
5 0	所定疾患施設療養費開始年月日 1													
5 1	所定疾患施設療養費開始年月日 2													
5 2	所定疾患施設療養費開始年月日 3													
5 3	所定疾患施設療養費単位数													
5 4	所定疾患施設療養費日数													
5 5	所定疾患施設療養費小計													

凡例 ...必須項目 ...請求内容により設定する項目 空白...設定不要

このページは空白です。

特定診療費情報レコード（複数レコード）
 サービス提供年月が平成15年3月以前の場合、以下の項目を設定する。

項番	項目名	様式第二	様式第三	様式第四	様式第五	様式第六	様式第七	様式第八	様式第九	様式第十	様式第十三	様式第十四
1	交換情報識別番号											
2	レコード種別コード											
3	サービス提供年月											
4	事業所番号											
5	証記載保険者番号											
6	被保険者番号											
7	整理番号											
8	特定診療費情報レコード順次番号											
9	傷病名											
10	保 険	指導管理料等										
11		単純エックス線										
12		リハビリテーション										
13		精神科専門療法										
14		予備1										
15		予備2										
16		合計単位数										
17	公 費 1	指導管理料等										
18		単純エックス線										
19		リハビリテーション										
20		精神科専門療法										
21		予備1										
22		予備2										
23		合計単位数										
24	公 費 2	指導管理料等										
25		単純エックス線										
26		リハビリテーション										
27		精神科専門療法										
28		予備1										
29		予備2										
30		合計単位数										

項番	項目名	様式第二	様式第三	様式第四	様式第五	様式第六	様式第七	様式第八	様式第九	様式第十	様式第十三	様式第十四
3 1	公費 3	指導管理料等										
3 2		単純エックス線										
3 3		リハビリテーション										
3 4		精神科専門療法										
3 5		予備 1										
3 6		予備 2										
3 7		合計単位数										
3 8	摘要 1											
3 9	摘要 2											
:	:											
5 7	摘要 2 0											

凡例 ...必須項目 ...請求内容により設定する項目 空白...設定不要

特定診療費・特別療養費・特別診療費情報レコード（複数レコード）
 サービス提供年月が平成15年4月以降の場合、以下の項目を設定する。
 但し、様式第四・四の二・九については、サービス提供年月が平成20年5月以降の場合、以下の項目を設定する。様式第四の三・四の四・九の二については、サービス提供年月が平成30年4月以降の場合、以下の項目を設定する。

項番	項目名	様式第二・二の二	様式第三・三の二	様式第四・四の二	様式第四の三・四の四	様式第五・五の二	様式第六・六の七	様式第七・七の二	様式第八	様式第九	様式第九の二	様式第十	様式第十三・十三の二	様式第十四・十四の二
1	交換情報識別番号													
2	レコード種別コード													
3	サービス提供年月													
4	事業所番号													
5	証記載保険者番号													
6	被保険者番号													
7	整理番号													
8	特定診療費情報レコード順次番号													
9	傷病名													
10	識別番号													
11	単位数													
12	保険	回数												
13		サービス単位数												
14		合計単位数												
15	公費1	回数												
16		サービス単位数												
17		合計単位数												
18	公費2	回数												
19		サービス単位数												
20		合計単位数												
21	公費3	回数												
22		サービス単位数												
23		合計単位数												
24	摘要													

凡例 ...必須項目 ...請求内容により設定する項目 空白...設定不要

食事費用情報レコード												
項番	項目名	様式第二	様式第三	様式第四	様式第五	様式第六	様式第七	様式第八	様式第九	様式第十	様式第十三	様式第十四
1	交換情報識別番号											
2	レコード種別コード											
3	サービス提供年月											
4	事業所番号											
5	証記載保険者番号											
6	被保険者番号											
7	整理番号											
8	基本食提供費用	提供日数						1	1	1		
9		提供単価						1	1	1		
10		提供金額						1	1	1		
11	特別食提供費用	提供日数						1	1	1		
12		提供単価						1	1	1		
13		提供金額						1	1	1		
14	食事提供延べ日数											
15	公費1対象食事提供延べ日数											
16	公費2対象食事提供延べ日数											
17	公費3対象食事提供延べ日数											
18	食事提供費合計											
19	標準負担額(月額)											
20	食事提供費請求額											
21	公費1食事提供費請求額											
22	公費2食事提供費請求額											
23	公費3食事提供費請求額											
24	標準負担額(日額)											

凡例 ...必須項目 ...請求内容により設定する項目 空白...設定不要

- 1 サービス提供年月が平成15年4月以降の場合、本項目の設定は不要とする。設定された場合、システムチェックは行なわず、省略されたものとみなす。なお、サービス提供年月が平成15年3月以前のサービスについては、従来通り(請求内容により設定する項目)とする。

サービス計画情報レコード												
サービス提供年月が平成18年3月以前の場合、以下の項目を設定する。												
項番	項目名	様式第二	様式第三	様式第四	様式第五	様式第六	様式第七	様式第八	様式第九	様式第十	様式第十三	様式第十四
1	交換情報識別番号											
2	レコード種別コード											
3	対象年月											
4	事業所番号											
5	証記載保険者番号											
6	被保険者番号											
7	整理番号											
8	指定/基準該当等事業所区分コード											
9	居宅サービス計画作成依頼届出年月日											
10	サービスコード											
11	単位数											
12	単位数単価											
13	請求金額											
14	審査方法区分コード											

凡例 ...必須項目 ...請求内容により設定する項目 空白...設定不要

サービス計画情報レコード												
サービス提供年月が平成18年4月以降、平成21年3月以前の場合、以下の項目を設定する。												
項番	項目名	様式第二・二の二	様式第三・三の二	様式第四・四の二	様式第五・五の二	様式第六・六の六	様式第七・七の二	様式第八	様式第九	様式第十	様式第十三・十三の二	様式第十四・十四の二
1	交換情報識別番号											
2	レコード種別コード											
3	対象年月											
4	事業所番号											
5	証記載保険者番号											
6	被保険者番号											
7	整理番号											
8	指定ノ基準該当等事業所区分コード											
9	居宅サービス計画作成依頼届出年月日											
10	サービスコード											
11	単位数											
12	単位数単価											
13	請求金額											
14	担当介護支援専門員番号						1					
15	摘要											
16	審査方法区分コード											

凡例 ...必須項目 ...請求内容により設定する項目 空白...設定不要

- 1 サービス提供年月が平成18年4月以降の様式第七の場合、設定必須項目。

サービス計画情報レコード（複数レコード）

サービス提供年月が平成21年4月以降、以下の項目を設定する。

項番	項目名	様式第二・二の二	様式第三・三の二	様式第四・四の二	様式第四の三・四の四	様式第五・五の二	様式第六・六の七	様式第七・七の二	様式第八	様式第九	様式第九の二	様式第十	様式第十三・十三の二	様式第十四・十四の二
1	交換情報識別番号													
2	レコード種別コード													
3	対象年月													
4	事業所番号													
5	証記載保険者番号													
6	被保険者番号													
7	整理番号													
8	指定 / 基準該当等事業所区分コード													
9	居宅サービス計画作成依頼届出年月日													
10	サービス計画費明細行番号													
11	サービスコード													
12	単位数													
13	回数													
14	サービス単位数													
15	単位数単価													
16	サービス単位数合計													
17	請求金額													
18	担当介護支援専門員番号							1						
19	摘要													
20	審査方法区分コード													

凡例 ...必須項目 ...請求内容により設定する項目 空白...設定不要

1 サービス提供年月が平成21年4月以降の様式第七の場合、設定必須項目。

福祉用具販売費情報レコード														
項番	項目名	様式第二・二の二	様式第三・三の二	様式第四・四の二	様式第四の三・四の四	様式第五・五の二	様式第六・六の七	様式第七・七の二	様式第八	様式第九	様式第九の二	様式第十	様式第十三・十三の二	様式第十四・十四の二
1	交換情報識別番号													
2	レコード種別コード													
3	サービス提供年月													
4	事業所番号												任意	
5	証記載保険者番号													
6	被保険者番号													
7	整理番号													
8	サービスコード													
9	福祉用具販売年月日													
10	福祉用具商品名													
11	福祉用具種目コード													
12	福祉用具製造事業者名													
13	福祉用具販売事業者名													
14	販売金額													
15	摘要(品目コード)													
16	審査方法区分コード													

凡例 ...必須項目 ...請求内容により設定する項目 空白...設定不要

住宅改修情報レコード														
項番	項目名	様式第一・二の二	様式第三・三の二	様式第四・四の二	様式第四の三・四の四	様式第五・五の二	様式第六・六の七	様式第七・七の二	様式第八	様式第九	様式第九の二	様式第十	様式第十三・十三の二	様式第十四・十四の二
1	交換情報識別番号													
2	レコード種別コード													
3	サービス提供年月													
4	事業所番号													任意
5	証記載保険者番号													
6	被保険者番号													
7	整理番号													
8	サービスコード													
9	住宅改修着工年月日													
10	住宅改修事業者名													
11	住宅改修を行った住宅の住所													
12	改修金額													
13	審査方法区分コード													

凡例 ...必須項目 ...請求内容により設定する項目 空白...設定不要

集計情報レコード(複数レコード)																
項番	項目名	様式第二・二の二	様式第三・三の二	様式第四・四の二	様式第四の三・四の四	様式第五・五の二	様式第六・六の二	様式第六の三・六の四	様式第六の五・六の七	様式第七・七の二	様式第八	様式第九	様式第九の二	様式第十	様式第十三・十三の二	様式第十四・十四の二
1	交換情報識別番号															
2	レコード種別コード															
3	サービス提供年月															
4	事業所番号														任意	任意
5	証記載保険者番号															
6	被保険者番号															
7	整理番号															
8	サービス種類コード		*1	*1	*1	*1	*1	*1	*1		*1	52 固定	55 固定	53 固定	*1	*1
9	サービス実日数		*2	*2	*2	*2										
10	計画単位数							*4								
11	限度額管理対象単位数		*2	*2	*2	*2		*4								
12	限度額管理対象外単位数		*2	*2	*2	*2		*5								
13	短期入所計画日数															
14	短期入所実日数		*3	*3	*3	*3										
15	保 険	単位数合計														
16		単位数単価														
17		請求額														
18		利用者負担額														
19	公 費 1	単位数合計														
20		請求額														
21		本人負担額														
22	公 費 2	単位数合計														
23		請求額														
24		本人負担額														

項番	項目名	様式第二・二の二	様式第三・三の二	様式第四・四の二	様式第四の三・四の四	様式第五・五の二	様式第六・六の二	様式第六の三・六の四	様式第六の五・六の七	様式第七・七の二	様式第八	様式第九	様式第九の二	様式第十	様式第十三・十三の二	様式第十四・十四の二
25	公費3	単位数合計														
26		請求額														
27		本人負担額														
28	保険分 出来高医療費	単位数合計														
29		請求額														
30		出来高医療費利用者負担額														
31	公費分 出来高医療費1	単位数合計														
32		請求額														
33		出来高医療費本人負担額														
34	公費分 出来高医療費2	単位数合計														
35		請求額														
36		出来高医療費本人負担額														
37	公費分 出来高医療費3	単位数合計														
38		請求額														
39		出来高医療費本人負担額														
40	審査方法区分コード															

凡例 ...必須項目 ...請求内容により設定する項目 空白...設定不要

- *1 様式第三の場合21固定、様式第三の二の場合24固定、様式第四の場合22固定、様式第四の二の場合25固定、様式第四の三の場合2A固定、様式第四の四の場合2B固定、様式第五の場合23固定、様式第五の二の場合26固定、様式第六で認知症対応型共同生活介護の場合32固定、様式第六で平成18年3月サービス以前の特定施設入居者生活介護の場合33固定、様式第六の二の場合37固定、様式第六の三で平成18年4月サービス以降の特定施設入居者生活介護(短期利用型以外)の場合33固定、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型以外)の場合36固定、様式第六の四の場合35固定、様式第六の五の場合38固定、様式第六の六の場合39固定、様式第六の七で特定施設入居者生活介護(短期利用型)の場合27固定、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)の場合28固定、様式第八で介護老人福祉施設の場合51固定、地域密着型介護老人福祉施設の場合54固定とする。
- *2 サービス提供年月が平成14年1月以降の短期入所サービスについて、必須項目とする。なお、サービス提供年月が平成13年12月以前のサービスについて設定があった場合、無視される。
- *3 サービス提供年月が平成14年1月以降の短期入所サービスについて、設定不要とする。設定があった場合には、無視される。なお、サービス提供年月が平成13年12月以前のサービスについては、従来通り(設定必須)とする。
- *4 外部サービス利用型の場合、必須とする。
- *5 サービス提供年月が平成24年4月以降の外部サービス利用型の場合、外部利用型外給付単位数を設定する。

特定入所者介護サービス費用情報レコード（複数レコード）														
項番	項目名	様式第二・二の二	様式第三・三の二	様式第四・四の二	様式第四の三・四の四	様式第五・五の二	様式第六・六の七	様式第七・七の二	様式第八	様式第九	様式第九の二	様式第十	様式第十三・十三の二	様式第十四・十四の二
1	交換情報識別番号													
2	レコード種別コード													
3	サービス提供年月													
4	事業所番号													
5	証記載保険者番号													
6	被保険者番号													
7	整理番号													
8	特定入所者介護サービス費用情報レコード順次番号													
9	サービス種類コード		59 固定	59 固定	59 固定	59 固定			59 固定	59 固定	59 固定	59 固定		
10	サービス項目コード													
11	費用単価													
12	負担限度額													
13	日数													
14	公費1日数													
15	公費2日数													
16	公費3日数													
17	費用額													
18	保険分請求額													
19	公費1負担額(明細)													
20	公費2負担額(明細)													
21	公費3負担額(明細)													
22	利用者負担額													
23	費用額合計													
24	保険分請求額合計													
25	利用者負担額合計													
26	公費 1	負担額合計												
27		請求額												
28		本人負担月額												

項番	項目名	様式第二・二の二	様式第三・三の二	様式第四・四の二	様式第四の三・四の四	様式第五・五の二	様式第六・六の七	様式第七・七の二	様式第八	様式第九	様式第九の二	様式第十	様式第十三・十三の二	様式第十四・十四の二
29	公費2	負担額合計												
30		請求額												
31		本人負担月額												
32	公費3	負担額合計												
33		請求額												
34		本人負担月額												

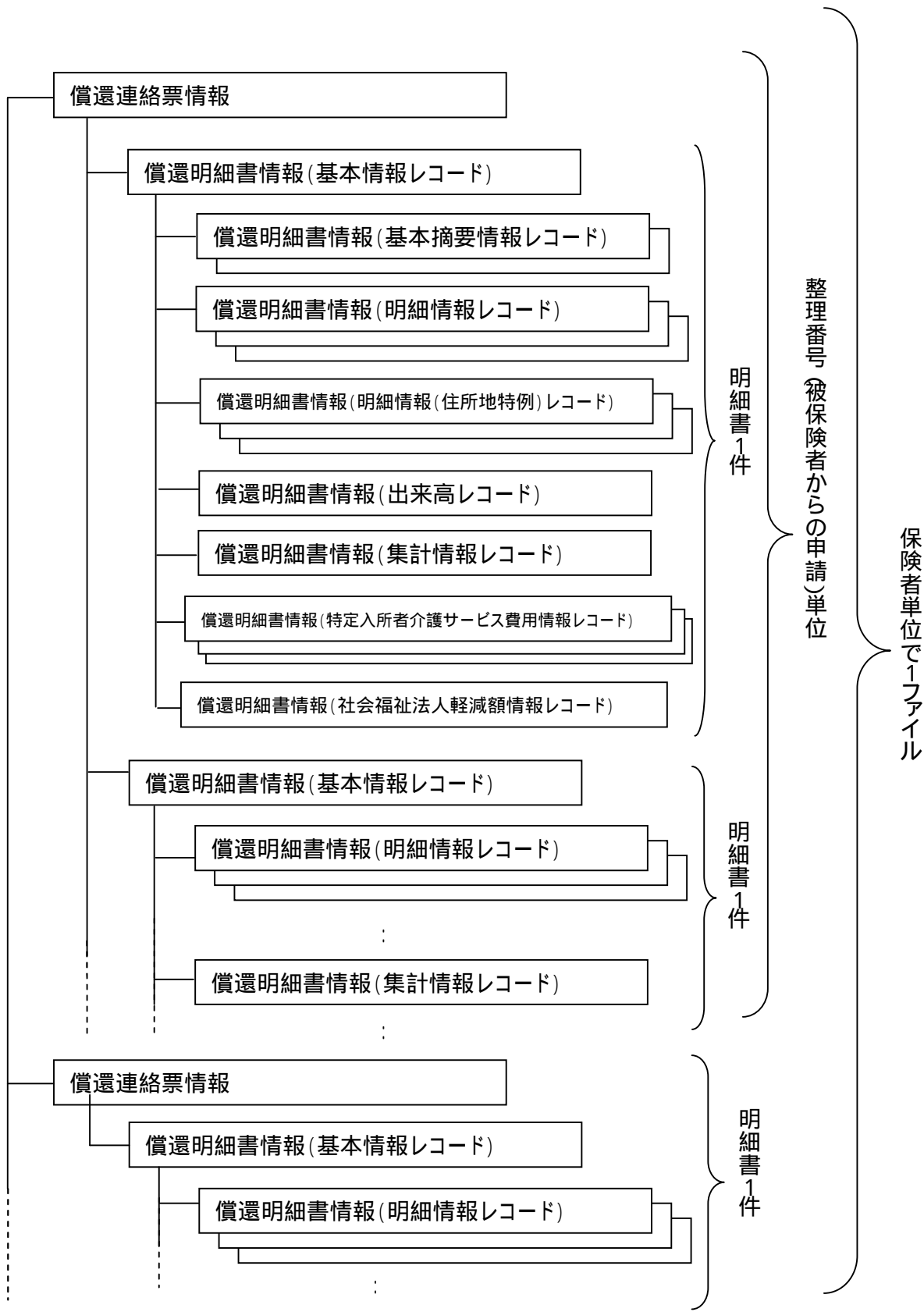
凡例 ...必須項目 ...請求内容により設定する項目 空白...設定不要

社会福祉法人軽減額情報レコード（複数レコード）														
項番	項目名	様式第二・二の二	様式第三・三の二	様式第四・四の二	様式第四の三・四の四	様式第五・五の二	様式第六・六の七	様式第七・七の二	様式第八	様式第九	様式第九の二	様式第十	様式第十三・十三の二	様式第十四・十四の二
1	交換情報識別番号													
2	レコード種別コード													
3	サービス提供年月													
4	事業所番号													
5	証記載保険者番号													
6	被保険者番号													
7	整理番号													
8	軽減率													
9	サービス種類コード													
10	受領すべき利用者負担の総額													
11	軽減額													
12	軽減後利用者負担額													
13	備考													

凡例 ...必須項目 ...請求内容により設定する項目 空白...設定不要

レコード構成図

レコードの編綴(ファイル内の格納順序)



3.3.3 償還払給付額管理処理情報（出力情報）

（1） 償還払支給決定者一覧表情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	償還払支給決定者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“2211”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1”固定
3	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証に記載された保険者番号を出力する	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	償還払支給決定者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“2211”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3		数字	6	償還払支給（不支給）決定通知書等との関連付け番号を出力する	
4	整理番号	数字	10	整理番号を出力する	
5	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
6	被保険者氏名（漢字）	漢字	40	被保険者氏名（漢字）を出力する	
7	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月（西暦年月（YYYYMM））を出力する	2
8	事業所番号	英数	10	サービス提供事業所の事業所番号を出力する	1
9	事業所名	漢字	40	サービス提供事業所の事業所名を出力する	
10	サービス種類コード	英数	2	提供サービスのサービス種類コードを出力する	
11	サービス種類名	漢字	16	提供サービスのサービス種類名を出力する	
12	単位数 / 金額	数字	8	提供サービスの単位数、または金額を出力する	S
13	支払金額	数字	8	支払われる金額を出力する	S
14	増減単位数	数字	8	出来高分の審査後の増減単位数を出力する	S
15	支払方法区分コード	数字	1	支払方法区分コードを出力する	1
16	備考	漢字	40	増減理由等を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

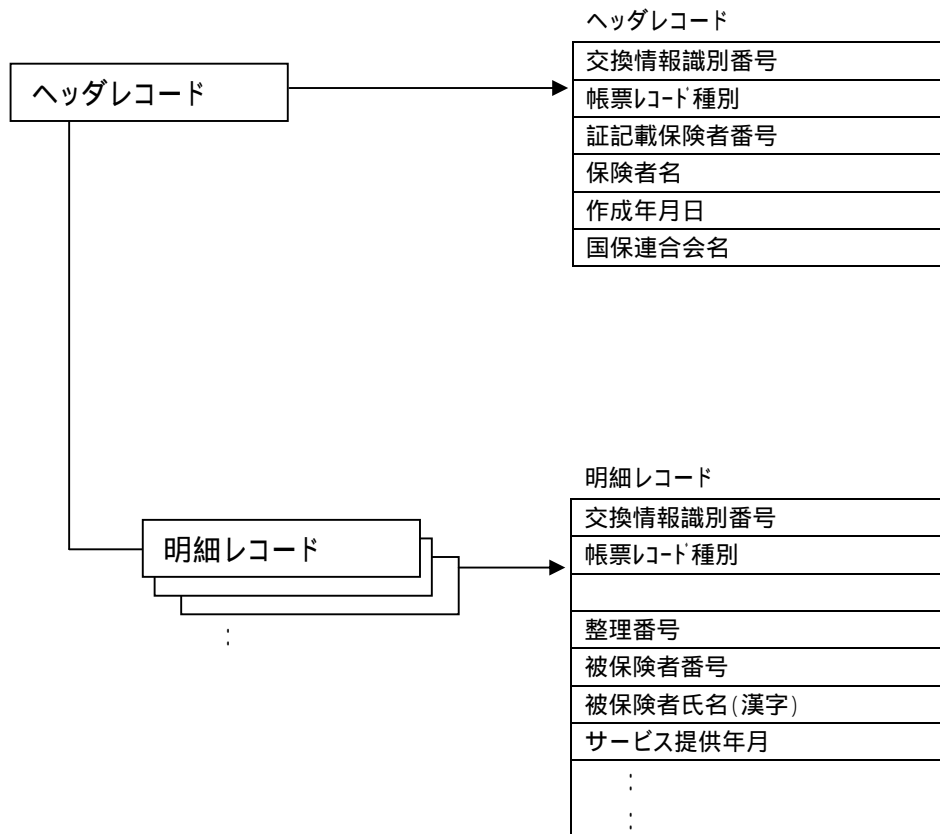
2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

償還払支給決定者一覧表情報



(2) 償還払不支給決定者一覧表情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	桁数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	償還払不支給決定者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	"2221"固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	"H1"固定
3	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	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード(複数レコード)

項番	項目名	属性	桁数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	償還払不支給決定者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	"2221"固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	"D1"固定
3		数字	6	償還払支給(不支給)決定通知書等との関連付け番号を出力する	
4	整理番号	数字	10	整理番号を出力する	
5	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
6	被保険者氏名(漢字)	漢字	40	被保険者氏名(漢字)を出力する	
7	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月(西暦年月(YYYYMM))を出力する	2
8	事業所番号	英数	10	事業所番号を出力する	1
9	事業所名(漢字)	漢字	40	事業所名(漢字)を出力する	
10	サービス種類コード	英数	2	サービス種類コードを出力する	1
11	サービス種類名	漢字	24	サービス種類名を出力する	
12	単位数/金額	数字	8	単位数または金額を出力する	S
13	備考1	漢字	76	不支給理由等を出力する	
14	備考2	漢字	76	福祉用具販売または住宅改修の履歴等を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

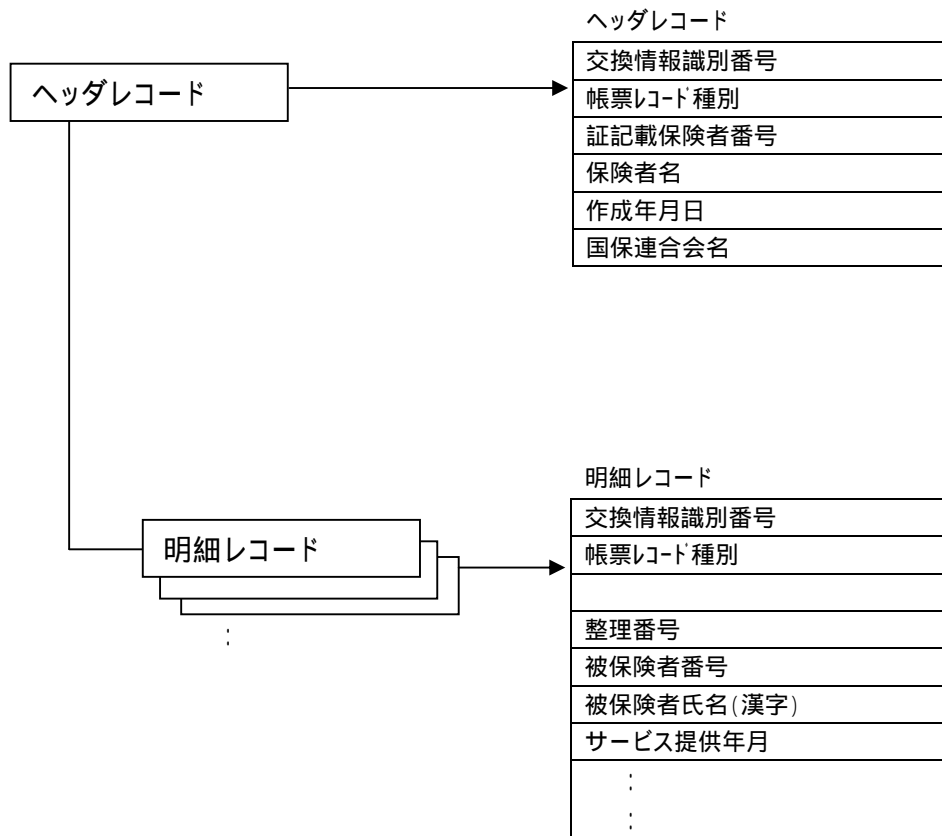
2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

償還払不支給決定者一覧表情報



(3) 償還払支給 (不支給) 決定通知書情報

・明細レコード (複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	償還払支給 (不支給) 決定通知書情報の交換情報識別番号を出力する	"2232"固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	"D1"固定
3	宛先郵便番号	数字	7	被保険者の郵便番号を出力する	
4	宛先住所	漢字	1 2 8	被保険者の住所 (漢字) を出力する	
5	宛先氏名	漢字	4 0	被保険者氏名 (漢字) を出力する	
6	宛先氏名敬称	漢字	2	宛先氏名敬称を出力する	"様"固定
7	被保険者氏名	漢字	4 0	被保険者氏名 (漢字) を出力する	
8	被保険者番号	英数	1 0	被保険者番号を出力する	1
9	受付年月日	数字	8	保険者が被保険者からの申請を受付けた年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を出力する	2
1 0	決定年月日	数字	8	保険者が支給 (不支給) を決定した年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を出力する	2
1 1	本人支払額	数字	9	受給者が支払った金額を出力する	S
1 2	給付の種類	漢字	3 3 6	給付の種類を出力する	
1 3	支給区分コード	数字	1	支給区分コードを出力する	1
1 4	支給金額	数字	9	受給者に支給する金額を出力する	S
1 5	不支給の理由	漢字	1 6 0	不支給の場合の理由を出力する	
1 6	支払方法区分コード	数字	1	支払方法区分コードを出力する	1
1 7	支払場所	漢字	4 0	窓口払の支払場所を出力する	
1 8	開始年月日	数字	8	窓口払の支払期間の開始年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を出力する	2
1 9	終了年月日	数字	8	窓口払の支払期間の終了年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を出力する	2
2 0	開始曜日	漢字	2	窓口払の支払期間の開始曜日を出力する	
2 1	終了曜日	漢字	2	窓口払の支払期間の終了曜日を出力する	
2 2	開始時間	数字	4	窓口払の支払期間の開始時間を出力する	
2 3	終了時間	数字	4	窓口払の支払期間の終了時間を出力する	

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
24	金融機関名	漢字	30	口座払の振込先金融機関名を出力する	
25	金融機関支店名	漢字	40	口座払の振込先金融機関支店名を出力する	
26	口座種目名	漢字	6	口座払の振込先口座種目名を出力する	
27	口座番号	数字	7	口座払の振込先口座番号を出力する	
28	口座名義人(カナ)	英数	40	口座払の振込先口座名義人(カナ)を出力する	
29	問い合わせ先郵便番号	数字	7	問い合わせ先の郵便番号を出力する	
30	問い合わせ先住所	漢字	128	問い合わせ先の住所(漢字)を出力する	
31	問い合わせ先名称1	漢字	40	問い合わせ先の名称1を出力する	
32	問い合わせ先名称2	漢字	40	問い合わせ先の名称2を出力する	
33	問い合わせ先電話番号	英数	12	問い合わせ先の電話番号を出力する	
34	不服の申し立て先	漢字	8	不服の申し立て先を出力する	
35	帳票関連付け番号	数字	6	償還払支給決定者一覧表または償還払不支給決定者一覧表の No. を出力する	
36	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月(西暦年月(YYYYMM))を出力する	3

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

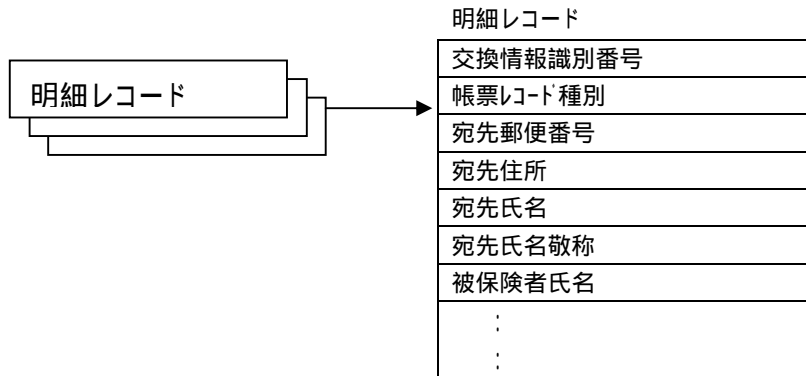
3 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

5 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

償還払支給(不支給)決定通知書情報



このページは空白です。

(4) 外字空白印字リスト (償還払支給 (不支給) 決定者) 情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(5) 振込依頼書(償還)情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込依頼書(償還)情報の交換情報識別番号を出力する	"2311"固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	"H1"固定
3	宛先 金融機関名	漢字	30	保険者が契約している金融機関名を出力する	
4	金融機関支店名	漢字	40	保険者が契約している金融機関の支店名を出力する	
5	保険者名	漢字	40	保険者名を出力する	

・明細レコード(複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込依頼書(償還)情報の交換情報識別番号を出力する	"2311"固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	"D1"固定
3	金融機関名	漢字	30	受給者の口座の金融機関名を出力する	
4	金融機関支店名	漢字	40	受給者の口座の金融機関支店名を出力する	
5	口座情報 口座種目名(略語)	英数	1	受給者の口座の口座種目名(略語)を出力する	半角カタカナ 普通 :フ 当座 :ト その他:リ
6	口座番号	数字	7	受給者の口座の口座番号を出力する	1
7	口座名義人(カナ)	英数	40	受給者の口座の口座名義人(カナ)を出力する	
8	振込金額	数字	9	受給者の口座への振込金額を出力する	S
9	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	

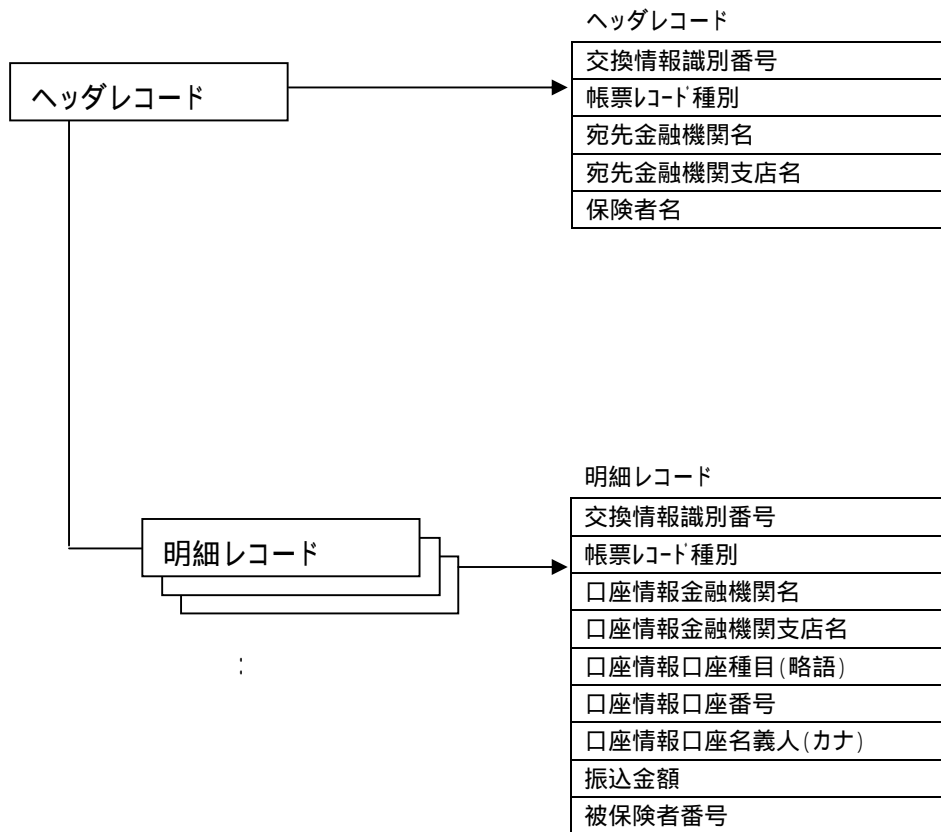
1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

振込依頼書(償還)情報



3.3.4 介護給付費通知作成処理情報（出力情報）

（1） 介護給付費通知一覧表情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	介護給付費通知一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3211”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1”固定
3	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	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	集計年月（開始）	数字	6	集計対象の開始年月（西暦年月（YYYYMM））を出力する	2
6	集計年月（終了）	数字	6	集計対象の終了年月（西暦年月（YYYYMM））を出力する	2
7	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	3
8	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

- 1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)
- 2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)
- 3 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	介護給付費通知一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3211”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3		数字	6	介護給付費通知書等との関連付け番号を出力する	
4	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	2
5	被保険者氏名（カナ）	英数	25	被保険者氏名（カナ）を出力する	
6	被保険者氏名（漢字）	漢字	40	被保険者氏名（漢字）を出力する	
7	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月（西暦年月（YYYYMM））を出力する	1
8	事業所番号	英数	10	サービス事業所番号を出力する	2
9	事業所名（漢字）	漢字	40	事業所名（漢字）を出力する	
10	サービス種類コード	英数	2	サービス種類コードを出力する	2
11	サービス種類名	漢字	24	サービス種類名を出力する	
12	保険給付額	数字	9	保険給付額を出力する	S
13	利用者負担額	数字	9	被保険者の利用者負担額を出力する	S
14	公費負担額	数字	9	被保険者の公費負担額を出力する	S

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

・集計レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	介護給付費通知一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3211”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“T1”固定
3	保険給付額合計	数字	9	該当する被保険者の集計期間内の保険給付額合計を出力する	S
4	自己負担額合計	数字	9	該当する被保険者の集計期間内の自己負担額合計を出力する	S
5	公費負担額合計	数字	9	該当する被保険者の集計期間内の公費負担額合計を出力する	S

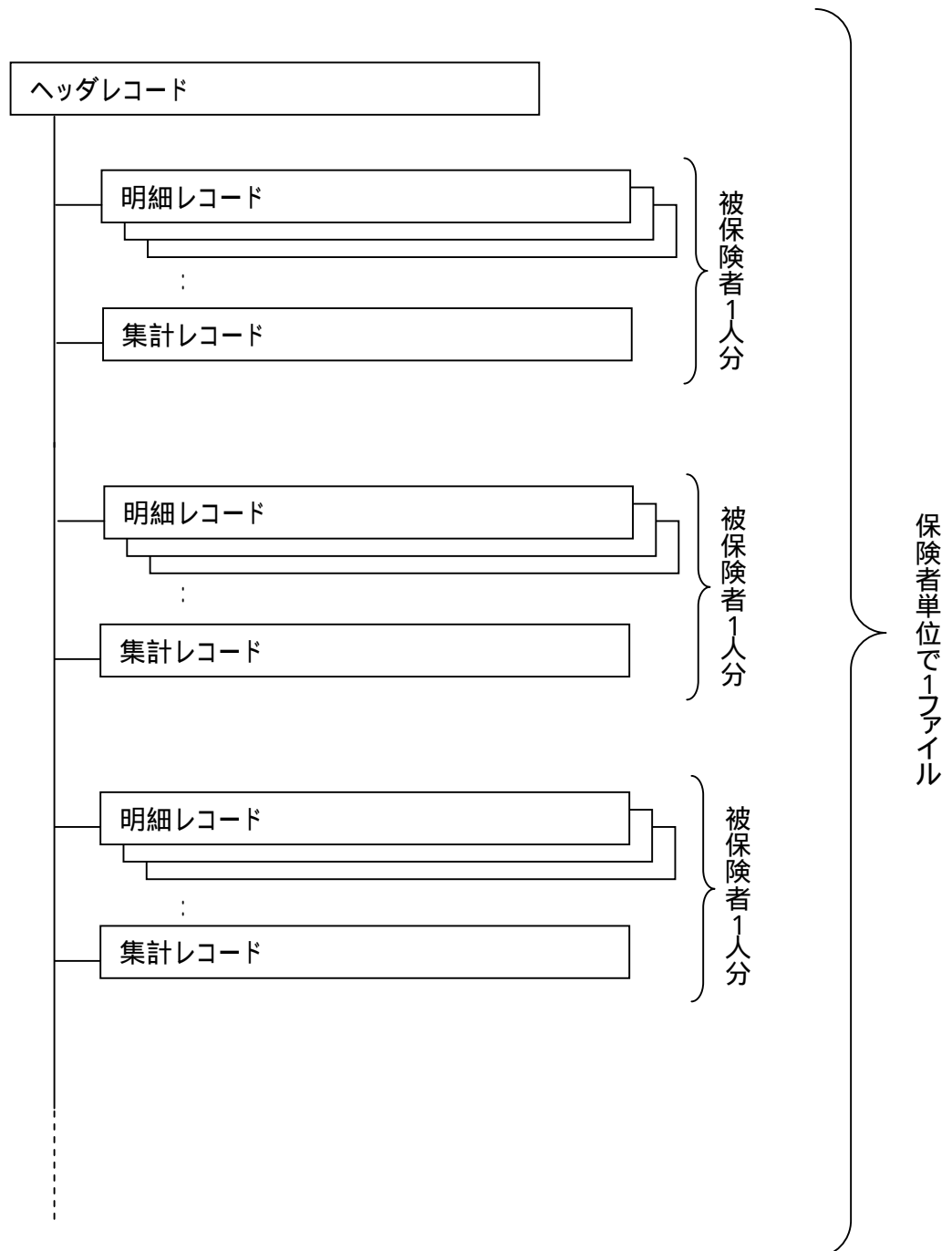
S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

介護給付費通知一覧表情報

レコードの編綴(ファイル内の格納順序)



(2) 介護給付費通知書情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	介護給付費通知書情報の交換情報識別番号を出力する	"3222"固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	"H1"固定
3	保険者番号	数字	6	保険者番号を出力する	1
4	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	1
5	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
6	宛先郵便番号	数字	7	被保険者の郵便番号を出力する	
7	宛先住所	漢字	128	被保険者の住所(漢字)を出力する	
8	宛先氏名(カナ)	英数	25	被保険者氏名(カナ)を出力する	
9	宛先氏名	漢字	40	被保険者氏名(漢字)を出力する	
10	要介護状態区分コード	数字	2	要介護状態区分コードを出力する	1 4
11	集計年月(開始)	数字	6	集計対象の開始年月(西暦年月(YYYYMM))を出力する	2
12	集計年月(終了)	数字	6	集計対象の終了年月(西暦年月(YYYYMM))を出力する	2
13	提出・問い合わせ先郵便番号	数字	7	提出・問い合わせ先の郵便番号を出力する	
14	提出・問い合わせ先住所	漢字	128	提出・問い合わせ先の住所(漢字)を出力する	
15	提出・問い合わせ先名称1	漢字	40	提出・問い合わせ先の名称1(漢字)を出力する	
16	提出・問い合わせ先名称2	漢字	40	提出・問い合わせ先の名称2(漢字)を出力する	
17	提出・問い合わせ先電話番号	英数	12	提出・問い合わせ先の電話番号を出力する	
18	提出・問い合わせ先備考	漢字	80	提出・問い合わせ先の備考を出力する	
19	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	3
20	帳票関連付け番号	数字	6	介護給付費通知一覧表のNo.を出力する	

- 1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)
- 2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)
- 3 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)
- 4 集計年月(終了)の末日時点での要介護状態区分コードを出力する。

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	介護給付費通知書情報の交換情報識別番号を出力する	“3222”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“M1”固定
3	保険者番号	数字	6	保険者番号を出力する	1
4	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	1
5	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
6	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月（西暦年月（YYYYMM））を出力する	2
7	事業所番号	英数	10	事業所番号を出力する	1
8	事業所名（漢字）	漢字	40	事業所名（漢字）を出力する	
9	サービス種類コード	英数	2	サービス種類コードを出力する	1
10	サービス項目コード	英数	4	サービス項目コードを出力する	1
11	サービス略称	漢字	64	サービス略称を出力する	
12	日数・回数	数字	2	日数または回数を出力する	S

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

保険者が福祉用具貸与品目情報を介護給付費通知書情報に出力するものとして連合会に申し出た場合、当該保険者について以下のレコードを出力する。

・福祉用具貸与品目情報レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考	
1	交換情報識別番号	英数	4	介護給付費通知書情報の交換情報識別番号を出力する	“3222”固定	
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“F1”固定	
3	保険者番号	数字	6	保険者番号を出力する	1	
4	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	1	
5	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1	
6	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月（西暦年月（YYYYMM））を出力する	2	
7	事業所番号	英数	10	事業所番号を出力する	1	
8	事業所名（漢字）	漢字	40	事業所名（漢字）を出力する		
9	サービス種類コード	英数	2	サービス種類コードを出力する		
10	サービス項目コード	英数	4	サービス項目コードを出力する		
11	サービス略称	漢字	64	サービス略称を出力する		
12	CCTAコード	数字	6	CCTAコードを出力する		
13	福祉用具貸与品目コード（TAISコード）	英数	12	福祉用具貸与品目コード（TAISコード）を出力する		
14	福祉用具商品名	漢字	60	TAISコード商品名を出力する		
15	費用額	数字	9	当該利用者が利用した福祉用具貸与品目毎の単位数に10を乗じた値を出力する		
16	希望小売価格	英数	20	当該TAISコードのメーカー希望小売価格を出力する		
17	全国	請求件数	数字	6	当該TAISコードの全国における請求件数を出力する	
18		最低費用額	数字	9	当該TAISコードの全国における最低費用額を出力する	
19		最頻費用額	数字	9	当該TAISコードの全国における最頻費用額を出力する	
20		最高費用額	数字	9	当該TAISコードの全国における最高費用額を出力する	
21		平均費用額	数字	9	当該TAISコードの全国における平均費用額を出力する	
22	都道府県	請求件数	数字	6	当該TAISコードの都道府県内の請求件数を出力する	
23		最低費用額	数字	9	当該TAISコードの都道府県内の最低費用額を出力する	
24		最頻費用額	数字	9	当該TAISコードの都道府県内の最頻費用額を出力する	
25		最高費用額	数字	9	当該TAISコードの都道府県内の最高費用額を出力する	

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
26	平均費用額	数字	9	当該T A I Sコードの都道府県内の平均費用額を出力する	
27	請求件数	数字	6	当該T A I Sコードの保険者内の請求件数を出力する	
28	最低費用額	数字	9	当該T A I Sコードの保険者内最低費用額を出力する	
29	最頻費用額	数字	9	当該T A I Sコードの保険者内の最頻費用額を出力する	
30	最高費用額	数字	9	当該T A I Sコードの保険者内の最高費用額を出力する	
31	平均費用額	数字	9	当該T A I Sコードの保険者内の平均費用額を出力する	
32	単位数範囲1	英数	13	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲1を出力する	
33	単位数範囲2	英数	13	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲2を出力する	
34	単位数範囲3	英数	13	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲3を出力する	
35	単位数範囲4	英数	13	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲4を出力する	
36	単位数範囲5	英数	13	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲5を出力する	
37	単位数範囲6	英数	13	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲6を出力する	
38	単位数範囲7	英数	13	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲7を出力する	
39	単位数範囲8	英数	13	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲8を出力する	
40	単位数範囲9	英数	13	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲9を出力する	
41	単位数範囲10	英数	13	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲10を出力する	
42	単位数範囲1の度数	数字	6	単位数範囲1の全国における度数を出力する	
43	単位数範囲2の度数	数字	6	単位数範囲2の全国における度数を出力する	
44	単位数範囲3の度数	数字	6	単位数範囲3の全国における度数を出力する	
45	単位数範囲4の度数	数字	6	単位数範囲4の全国における度数を出力する	
46	単位数範囲5の度数	数字	6	単位数範囲5の全国における度数を出力する	
47	単位数範囲6の度数	数字	6	単位数範囲6の全国における度数を出力する	
48	単位数範囲7の度数	数字	6	単位数範囲7の全国における度数を出力する	
49	単位数範囲8の度数	数字	6	単位数範囲8の全国における度数を出力する	
50	単位数範囲9の度数	数字	6	単位数範囲9の全国における度数を出力する	

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
5 1	単位数範囲 1 0 の度数	数字	6	単位数範囲 1 0 の全国における度数を出力する	
5 2	単位数範囲 1	英数	1 3	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲 1 を出力する	
5 3	単位数範囲 2	英数	1 3	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲 2 を出力する	
5 4	単位数範囲 3	英数	1 3	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲 3 を出力する	
5 5	単位数範囲 4	英数	1 3	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲 4 を出力する	
5 6	単位数範囲 5	英数	1 3	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲 5 を出力する	
5 7	単位数範囲 6	英数	1 3	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲 6 を出力する	
5 8	単位数範囲 7	英数	1 3	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲 7 を出力する	
5 9	単位数範囲 8	英数	1 3	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲 8 を出力する	
6 0	単位数範囲 9	英数	1 3	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲 9 を出力する	
6 1	単位数範囲 1 0	英数	1 3	ヒストグラムの横軸に該当する単位数範囲 1 0 を出力する	
6 2	単位数範囲 1 の度数	数字	6	単位数範囲 1 の都道府県内の度数を出力する	
6 3	単位数範囲 2 の度数	数字	6	単位数範囲 2 の都道府県内の度数を出力する	
6 4	単位数範囲 3 の度数	数字	6	単位数範囲 3 の都道府県内の度数を出力する	
6 5	単位数範囲 4 の度数	数字	6	単位数範囲 4 の都道府県内の度数を出力する	
6 6	単位数範囲 5 の度数	数字	6	単位数範囲 5 の都道府県内の度数を出力する	
6 7	単位数範囲 6 の度数	数字	6	単位数範囲 6 の都道府県内の度数を出力する	
6 8	単位数範囲 7 の度数	数字	6	単位数範囲 7 の都道府県内の度数を出力する	
6 9	単位数範囲 8 の度数	数字	6	単位数範囲 8 の都道府県内の度数を出力する	
7 0	単位数範囲 9 の度数	数字	6	単位数範囲 9 の都道府県内の度数を出力する	
7 1	単位数範囲 1 0 の度数	数字	6	単位数範囲 1 0 の都道府県内の度数を出力する	

ヒストグラム作成用データ(都道府県)

- 1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)
- 2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)
- 5 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、 S が付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

このページは空白です。

・集計レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	介護給付費通知書情報の交換情報識別番号を出力する	“3222”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3	保険者番号	数字	6	保険者番号を出力する	1
4	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	1
5	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
6	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月（西暦年月（YYYYMM））を出力する	2
7	事業所番号	英数	10	事業所番号を出力する	1
8	事業所名（漢字）	漢字	40	事業所名（漢字）を出力する	
9	サービス種類コード	英数	2	サービス種類コードを出力する	1
10	サービス種類名	漢字	24	サービス種類名を出力する	
11	サービス実日数	数字	2	該当サービス種類の実日数を出力する	S
12	サービス費用合計額	数字	9	サービス費用合計額を出力する	3 S
13	保険給付額	数字	9	被保険者の保険給付額を出力する	3 S
14	利用者負担額	数字	9	被保険者の利用者負担額を出力する	3 S
15	公費負担額	数字	9	被保険者の公費負担額を出力する	3 S

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

3 平成17年9月サービス分以前の食事費用、平成17年10月サービス分以降の特定入所者介護サービス費等費用及び出来高費用を含む。

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

・合計レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	介護給付費通知書情報の交換情報識別番号を出力する	“3222”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“T1”固定
3	保険者番号	数字	6	保険者番号を出力する	1
4	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	1
5	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
6	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月（西暦年月（YYYYMM））を出力する	2
7	サービス費用合計額合計	数字	9	該当する被保険者の集計期間内のサービス費用合計額合計を出力する	S
8	保険給付額合計	数字	9	該当する被保険者の集計期間内の保険給付額合計を出力する	S
9	利用者負担額合計	数字	9	該当する被保険者の集計期間内の利用者負担額合計を出力する	S
10	公費負担額合計	数字	9	該当する被保険者の集計期間内の公費負担額合計を出力する	S

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

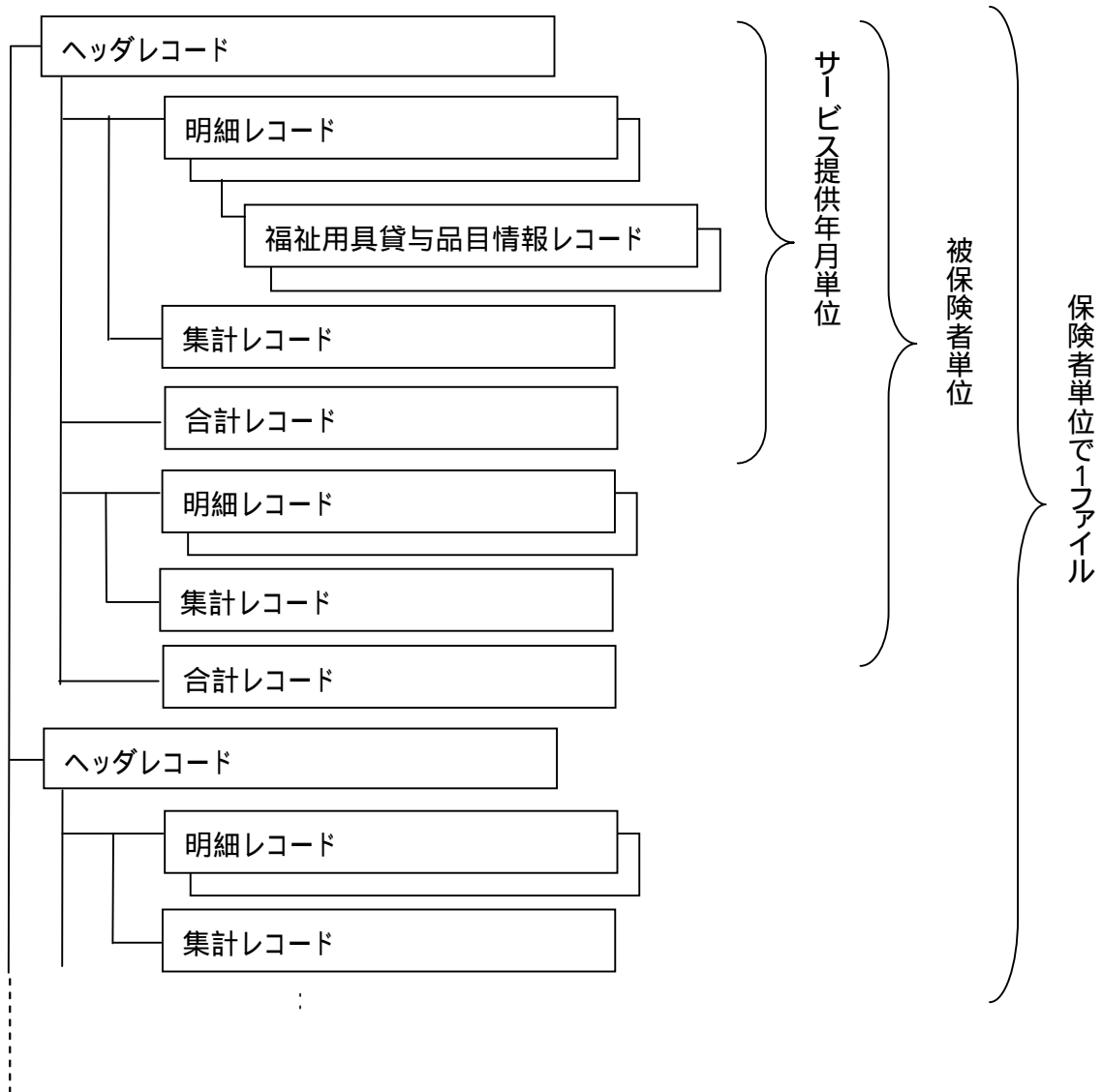
S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

介護給付費通知書情報

レコードの編綴(ファイル内の格納順序)



(3) 外字空白印字リスト (介護給付費通知) 情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

3.3.5 高額介護サービス費支給処理情報（入力情報）

（1） 高額介護サービス費給付判定結果情報

・明細レコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費給付判定結果情報の交換情報識別番号を設定する		“3411”固定
2	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証に記載された保険者番号を設定する		1
3	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する		1
4	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月（西暦年月（YYYYMM））を設定する		2
5	受付年月日	数字	8	保険者が被保険者からの申請を受け付けた年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する		3
6	決定年月日	数字	8	保険者が支給または不支給を決定した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する		3
7	本人支払額	数字	6	被保険者が支払った金額を設定する		S
8	支給区分コード	数字	1	支給区分コードを設定する		1
9	支給金額	数字	6	被保険者に支給する金額を設定する	支給区分コードが“1”の場合、必須	S
10	不支給理由	漢字	160	不支給の場合の理由を設定する	支給区分コードが“2”の場合、必須	
11	支払方法区分コード	数字	1	支払方法区分コードを設定する	支給金額が0より大きく、支給区分コードが“1”の場合、必須	1

項番	項目名		属性	バイト数	内容	必須入力	備考	
12	窓口払	支払場所	漢字	40	窓口払の支払場所を設定する	支払方法区分コードが“1”で、高額介護サービス費支給(不支給)決定通知書に出力する必要がある場合、必須		
13		支払期間	開始年月日	数字	8		窓口払の支払期間の開始年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	3
14			終了年月日	数字	8		窓口払の支払期間の終了年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	3
15			開始曜日	漢字	2		窓口払の支払期間の開始曜日を設定する	
16			終了曜日	漢字	2		窓口払の支払期間の終了曜日を設定する	
17			開始時間	数字	4		窓口払の支払期間の開始時間を設定する	
18			終了時間	数字	4		窓口払の支払期間の終了時間を設定する	
19	口座払	金融機関コード	数字	4	口座払の金融機関コードを設定する	支払方法区分コードが“2”の場合、必須	1 4	
20		金融機関支店コード	数字	3	口座払の金融機関支店コードを設定する		1 4	
21		口座種目	数字	1	口座払の口座種目を設定する		1 4	
22		口座番号	数字	7	口座払の口座番号を設定する		1 4	
23		口座名義人(カナ)	英数	40	口座払の口座名義人(カナ)を設定する		半角カタカナ 4	
24	審査方法区分コード		数字	1	国保連合会に審査を依頼するかどうかの区分コードを設定する		1	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

3 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

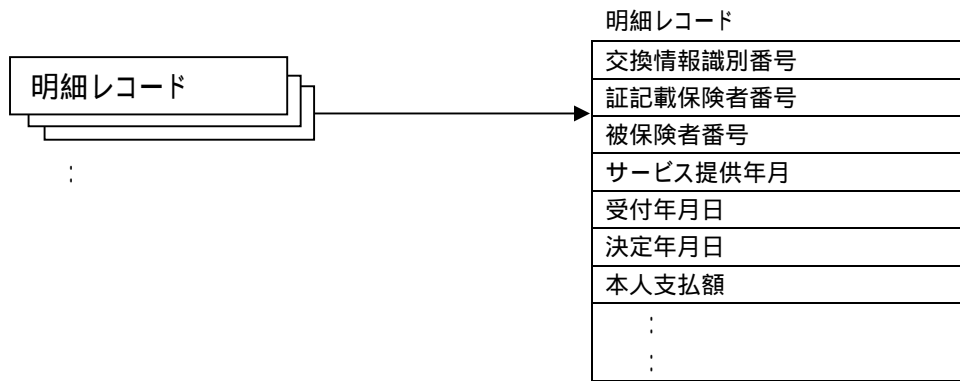
4 共同処理用受給者情報(高額介護サービス費支給処理情報)の「支給申請書の出力有無」が「1:出力無し」以外であり、かつ、支払方法区分コードが“2”の場合必須。

5 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

高額介護サービス費給付判定結果情報



(2) 高額介護サービス費給付判定結果情報 (総合事業)

・明細レコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費給付判定結果情報 (総合事業) の交換情報識別番号を設定する		"3421"固定
2	証記載保険者番号	数字	6	被保険者証に記載された保険者番号を設定する		1
3	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する		1
4	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月 (西暦年月 (YYYYMM)) を設定する		2
5	受付年月日	数字	8	保険者が被保険者からの申請を受け付けた年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を設定する		3
6	決定年月日	数字	8	保険者が支給または不支給を決定した年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を設定する		3
7	本人支払額	数字	6	被保険者が支払った金額を設定する		S
8	支給区分コード	数字	1	支給区分コードを設定する		1
9	支給金額	数字	6	被保険者に支給する金額を設定する	支給区分コードが"1"の場合、必須	S
10	不支給理由	漢字	160	不支給の場合の理由を設定する	支給区分コードが"2"の場合、必須	
11	支払方法区分コード	数字	1	支払方法区分コードを設定する	支給金額が0より大きく、支給区分コードが"1"の場合、必須	1

項番	項目名		属性	バ ー ン 数	内容	必須入力	備考	
1 2	窓 口 払	支払場所	漢字	4 0	窓口払の支払場所を設定する	支払方法区分コードが“1”で、高額介護サービス費支給(不支給)決定通知書に出力する必要がある場合、必須		
1 3		支 払 期 間	開始年月日	数字	8		窓口払の支払期間の開始年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	3
1 4			終了年月日	数字	8		窓口払の支払期間の終了年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	3
1 5			開始曜日	漢字	2		窓口払の支払期間の開始曜日を設定する	
1 6			終了曜日	漢字	2		窓口払の支払期間の終了曜日を設定する	
1 7			開始時間	数字	4		窓口払の支払期間の開始時間を設定する	
1 8			終了時間	数字	4		窓口払の支払期間の終了時間を設定する	
1 9			口 座 払	金融機関コード	数字		4	口座払の金融機関コードを設定する	支払方法区分コードが“2”の場合、必須	1 4
2 0	金融機関支店コード	数字		3	口座払の金融機関支店コードを設定する	1 4		
2 1	口座種目	数字		1	口座払の口座種目を設定する	1 4		
2 2	口座番号	数字		7	口座払の口座番号を設定する	1 4		
2 3	口座名義人(カナ)	英数		4 0	口座払の口座名義人(カナ)を設定する	半角カタカナ 4		
2 4	審査方法区分コード		数字	1	国保連合会に審査を依頼するかどうかの区分コードを設定する		1	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

3 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

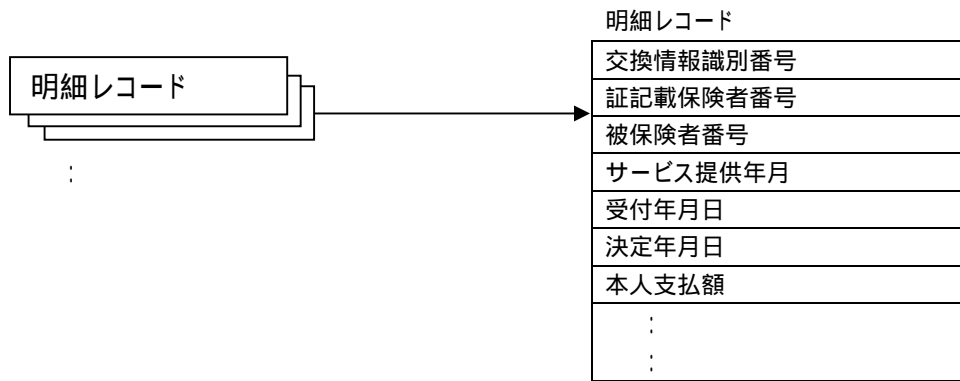
4 共同処理用受給者情報(高額介護サービス費支給処理情報)の「支給申請書の出力有無」が「1:出力無し」以外であり、かつ、支払方法区分コードが“2”の場合必須。

5 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、 S が付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

高額介護サービス費給付判定結果情報(総合事業)



(3) 年間高額介護サービス費給付判定結果情報

高額介護サービス費支給処理情報(入力情報)として使用しないため、項目を記載していません

(4) 年間高額介護サービス費給付判定結果情報(総合事業)

高額介護サービス費支給処理情報(入力情報)として使用しないため、項目を記載していません

3.3.6 高額介護サービス費支給処理情報（出力情報）

（1） 高額介護サービス費給付対象者一覧表情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費給付対象者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3311”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1”固定
3	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	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費給付対象者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3311”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3		数字	6	高額介護サービス費給付のお知らせ等との関連付け番号を出力する	
4	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
5	被保険者氏名（漢字）	漢字	40	被保険者氏名（漢字）を出力する	
6	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月（西暦(YYYYMM)）を出力する	2
7	事業所番号	英数	10	事業所番号を出力する	1
8	事業所名（漢字）	漢字	40	事業所名（漢字）を出力する	
9	サービス種類コード	英数	2	サービス種類コードを出力する	1
10	サービス種類名	漢字	24	サービス種類名を出力する	
11	サービス費用合計額	数字	9	サービス費用合計額を出力する	S
12	利用者負担額	数字	9	受給者の利用者負担額を出力する	S
13	備考	漢字	20	所得区分識別、世帯合算状況等を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

・集計レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費給付対象者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3311”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“T1”固定
3	サービス費用合計額合計	数字	9	該当する受給者のサービス費用合計額合計を出力する	S
4	利用者負担額合計	数字	9	該当する受給者の自己負担額合計を出力する	S
5	算定基準額	数字	9	該当する受給者の算定基準額を出力する	S
6	支払済金額合計	数字	9	該当する受給者に前回までに既に支給した金額を出力する	S
7	高額支給額	数字	9	今回の支給金額を出力する	S

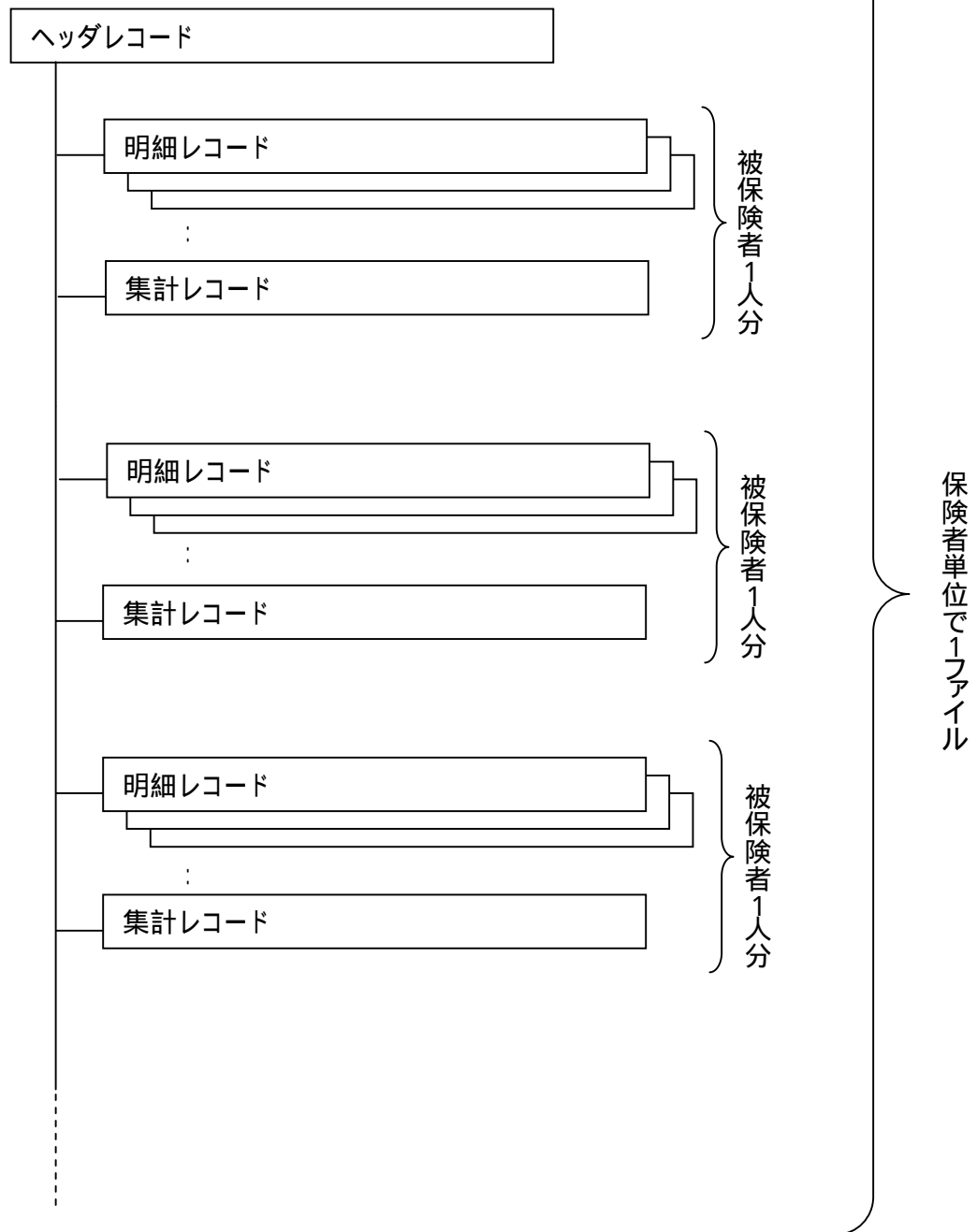
S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

高額介護サービス費給付対象者一覧表情報

レコードの編綴(ファイル内の格納順序)



(2) 高額介護サービス費給付のお知らせ情報

・明細レコード(複数レコード)

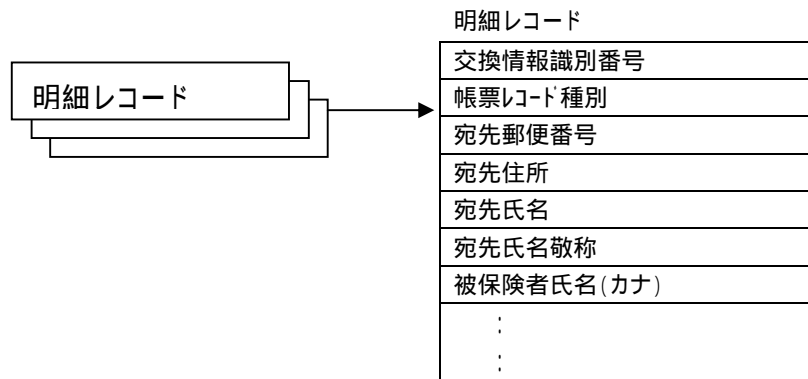
項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費給付のお知らせ情報の交換情報識別番号を出力する	“3322”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3	宛先郵便番号	数字	7	被保険者の郵便番号を出力する	
4	宛先住所	漢字	128	被保険者の住所(漢字)を出力する	
5	宛先氏名	漢字	40	被保険者氏名(漢字)を出力する	
6	宛先氏名敬称	漢字	2	宛先氏名敬称を出力する	“様”固定
7	被保険者氏名(カナ)	英数	25	被保険者氏名(カナ)を出力する	
8	被保険者氏名(漢字)	漢字	40	被保険者氏名(漢字)を出力する	
9	性別	漢字	2	被保険者の性別を出力する	“男”または“女”
10	生年月日	数字	8	被保険者の生年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1
11	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	2
12	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	2
13	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月(西暦年月(YYYYMM))を出力する	3
14	自己負担金額	数字	9	被保険者の自己負担金額を出力する	S
15	支給(予定)金額	数字	9	被保険者に支給する金額を出力する	S
16	提出・問い合わせ先郵便番号	数字	7	提出・問い合わせ先の郵便番号を出力する	
17	提出・問い合わせ先住所	漢字	128	提出・問い合わせ先の住所(漢字)を出力する	
18	提出・問い合わせ先名称1	漢字	40	提出・問い合わせ先の名称1を出力する	
19	提出・問い合わせ先名称2	漢字	40	提出・問い合わせ先の名称2を出力する	
20	提出・問い合わせ先電話番号	英数	12	提出・問い合わせ先の電話番号を出力する	
21	帳票関連付け番号	数字	6	高額介護サービス費給付対象者一覧表、または、高額介護サービス費給付対象者一覧表(総合事業)のNo.を出力する	4

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
2 2	帳票題目	漢字	1 0 0	帳票題目を出力する	
2 3	項目名称 1	漢字	4 0	項目名称 1 を出力する	
2 4	説明文 1	漢字	2 0 0	説明文 1 を出力する	
2 5	説明文 2	漢字	2 0 0	説明文 2 を出力する	

- 1 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)
- 2 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)
- 3 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)
- 4 同一受給者にて介護・予防給付分と総合事業分の両方に高額介護サービス費の支給が発生する場合、高額介護サービス費給付のお知らせ情報は受給者に対し、サービス提供年月毎に1枚の出力とするため、帳票関連付け番号は高額介護サービス費給付対象者一覧表の No.を出力する。総合事業分のみに支給が発生する場合、帳票関連付け番号は高額介護サービス費給付対象者一覧表(総合事業)の No.を出力する。
- 5 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。
 なお、 S が付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

高額介護サービス費給付のお知らせ情報



(3) 高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書情報

・明細レコード(複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書情報の交換情報識別番号を出力する	“3331”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月(西暦年月(YYYYMM))を出力する	1
4	被保険者氏名(カナ)	英数	25	被保険者氏名(カナ)を出力する	
5	被保険者氏名(漢字)	漢字	40	被保険者氏名(漢字)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	2
7	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	2
8	生年月日	数字	8	被保険者の生年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	3
9	性別	漢字	2	被保険者の性別を出力する	“男”または“女”
10	住所(漢字)	漢字	128	被保険者の住所(漢字)を出力する	
11	電話番号	英数	12	被保険者の電話番号を出力する	
12	該当月分の支払額合計	数字	9	未使用	S
13	帳票関連付け番号	数字	6	高額介護サービス費給付対象者一覧表、または、高額介護サービス費給付対象者一覧表(総合事業)のNo.を出力する	4

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

3 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

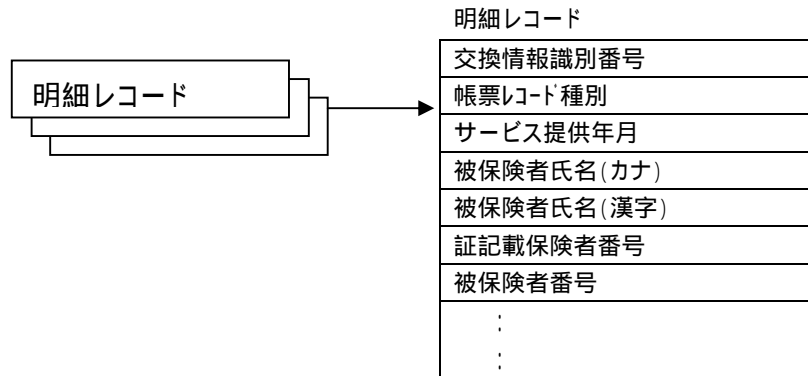
4 同一受給者にて介護・予防給付分と総合事業分の両方に高額介護サービス費の支給が発生する場合、高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書情報は受給者に対し、サービス提供年月毎に1枚の出力とするため、帳票関連付け番号は高額介護サービス費給付対象者一覧表のNo.を出力する。総合事業分のみ支給が発生する場合、帳票関連付け番号は高額介護サービス費給付対象者一覧表(総合事業)のNo.を出力する。

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書情報



このページは空白です。

(4) 外字空白印字リスト (高額介護サービス費給付対象者) 情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(5) 高額介護サービス費給付対象者一覧表情報 (総合事業)

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費給付対象者一覧表情報 (総合事業) の交換情報識別番号を出力する	“3351”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1”固定
3	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	1
4	保険者名	漢字	4 0	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	3 0	国保連合会名を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費給付対象者一覧表情報（総合事業）の交換情報識別番号を出力する	“3351”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3		数字	6	高額介護サービス費給付のお知らせ等との関連付け番号を出力する	
4	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
5	被保険者氏名（漢字）	漢字	40	被保険者氏名（漢字）を出力する	
6	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月（西暦(YYYYMM)）を出力する	2
7	事業所番号	英数	10	事業所番号を出力する	1
8	事業所名（漢字）	漢字	40	事業所名（漢字）を出力する	
9	サービス種類コード	英数	2	サービス種類コードを出力する	1
10	サービス種類名	漢字	24	サービス種類名を出力する	
11	サービス費用合計額	数字	9	サービス費用合計額を出力する	S
12	利用者負担額	数字	9	受給者の利用者負担額を出力する	S
13	備考	漢字	20	所得区分識別、世帯合算状況等を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

・集計レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費給付対象者一覧表情報（総合事業）の交換情報識別番号を出力する	“3351”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“T1”固定
3	サービス費用合計額合計	数字	9	該当する受給者のサービス費用合計額合計を出力する	S
4	利用者負担額合計	数字	9	該当する受給者の自己負担額合計を出力する	S
5	算定基準額	数字	9	該当する受給者の算定基準額を出力する	S
6	支払済金額合計	数字	9	該当する受給者に前回までに既に支給した金額を出力する	S
7	高額支給額	数字	9	今回の支給金額を出力する	S

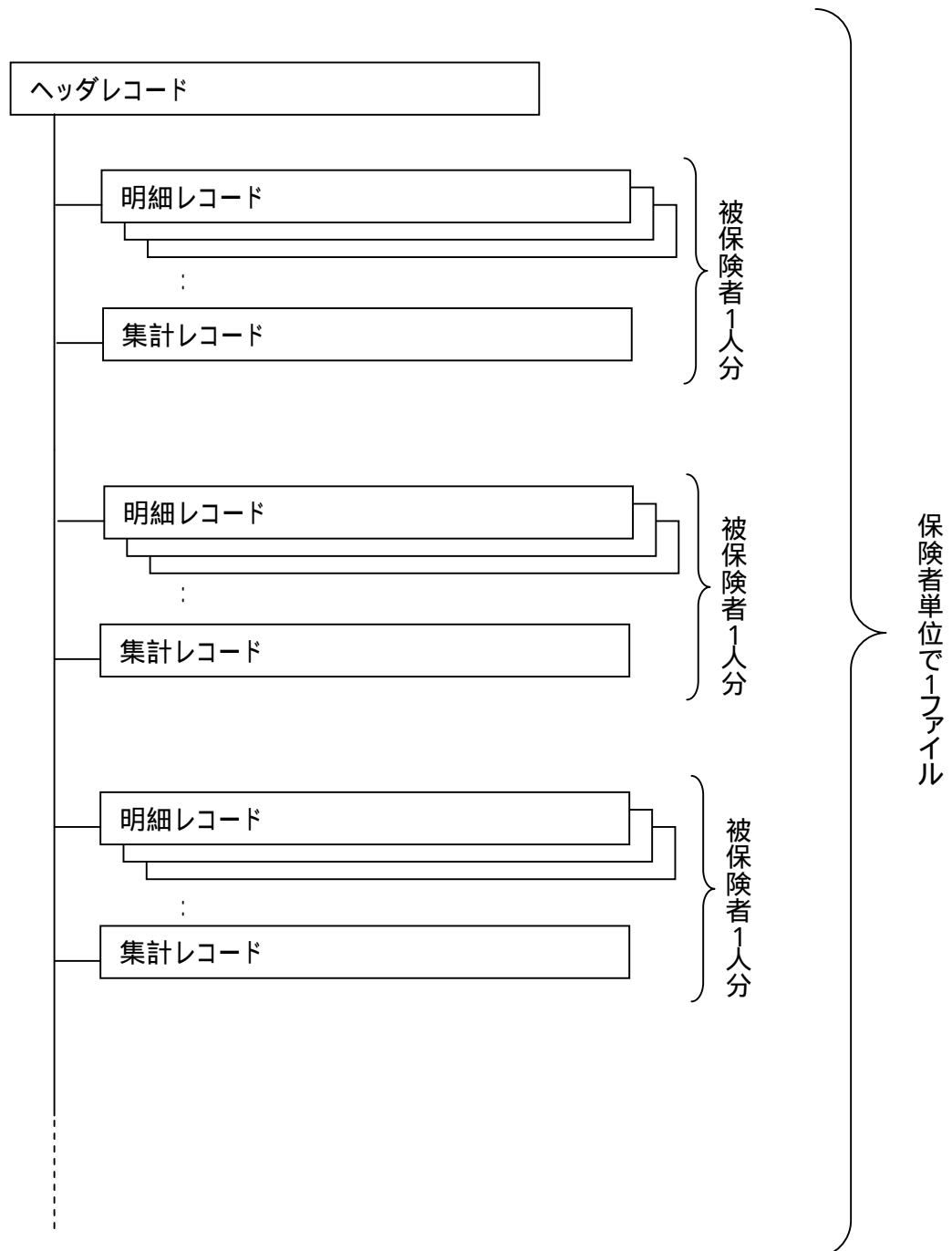
S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

高額介護サービス費給付対象者一覧表情報(総合事業)

レコードの編綴(ファイル内の格納順序)



(6) 外字空白印字リスト (高額介護サービス費給付対象者) 情報 (総合事業)

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(7) 高額介護サービス費支給（不支給）決定者一覧表情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費支給（不支給）決定者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3511”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1”固定
3	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	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費支給（不支給）決定者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3511”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3		数字	6	高額介護サービス費支給（不支給）決定通知書等との関連付け番号を出力する	
4	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
5	被保険者氏名（漢字）	漢字	40	被保険者氏名（漢字）を出力する	
6	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月（西暦年月（YYYYMM））を出力する	2
7	利用者負担額	数字	9	受給者の利用者負担額を出力する	S
8	支給区分コード	数字	1	支給区分コードを出力する	1
9	決定年月	数字	6	保険者が支給（不支給）を決定した年月（西暦年月（YYYYMM））を出力する	2
10	高額支給額	数字	9	受給者への支給額を出力する	S

加除第2号

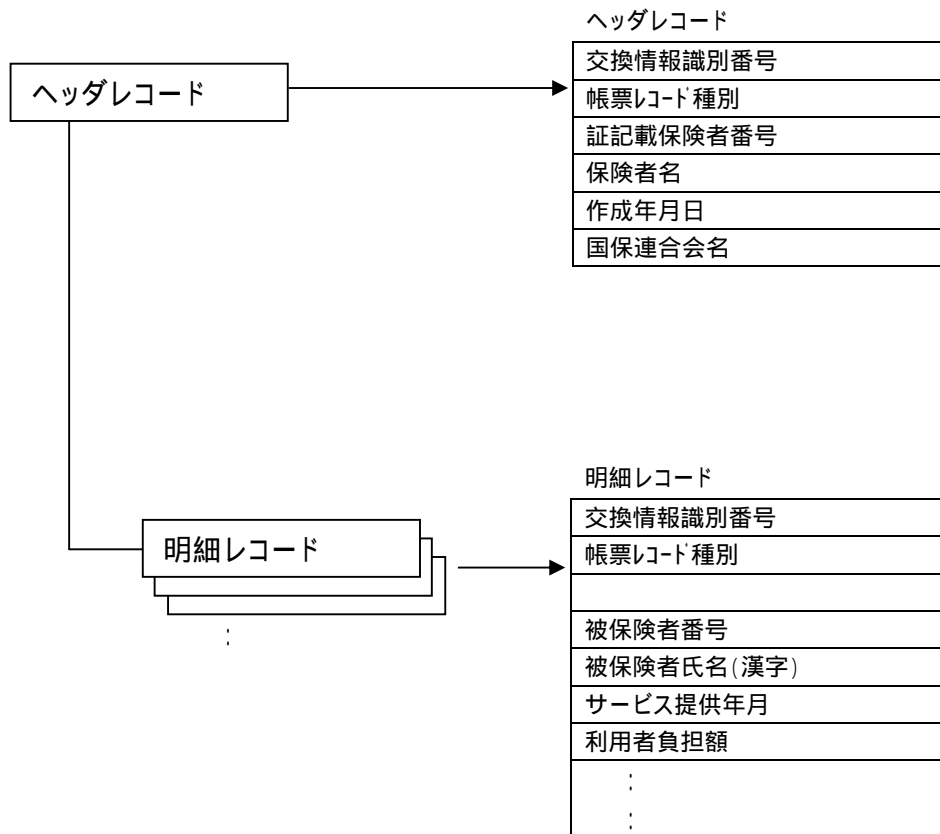
項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1 1	支払方法区分コード	数字	1	支払方法区分コードを出力する	1
1 2	支払場所	漢字	4 0	窓口払の支払場所を出力する	
1 3	開始年月日	数字	8	窓口払の支払期間の開始年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	3
1 4	終了年月日	数字	8	窓口払の支払期間の終了年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	3
1 5	開始曜日	漢字	2	窓口払の支払期間の開始曜日を出力する	
1 6	終了曜日	漢字	2	窓口払の支払期間の終了曜日を出力する	
1 7	開始時間	数字	4	窓口払の支払期間の開始時間を出力する	
1 8	終了時間	数字	4	窓口払の支払期間の終了時間を出力する	
1 9	金融機関コード	数字	4	口座払の金融機関コードを出力する	1
2 0	金融機関名	漢字	3 0	口座払の金融機関名を出力する	
2 1	金融機関支店コード	数字	3	口座払の金融機関支店コードを出力する	1
2 2	金融機関支店名	漢字	4 0	口座払の金融機関支店名を出力する	
2 3	口座種目	数字	1	口座払の口座種目を出力する	1
2 4	口座種目名	漢字	6	口座払の口座種目名を出力する	
2 5	口座番号	数字	7	口座払の口座番号を出力する	1
2 6	口座名義人（カナ）	英数	4 0	口座払の口座名義人（カナ）を出力する	

- 1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)
- 2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)
- 3 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)
- 5 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、 Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表情報



(8) 高額介護サービス費支給（不支給）決定通知書情報

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費支給（不支給）決定通知書情報の交換情報識別番号を出力する	“3522”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3	宛先郵便番号	数字	7	被保険者の郵便番号を出力する	
4	宛先住所	漢字	128	被保険者の住所（漢字）を出力する	
5	宛先氏名	漢字	40	被保険者氏名（漢字）を出力する	
6	宛先氏名敬称	漢字	2	宛先氏名敬称を出力する	“様”固定
7	被保険者氏名	漢字	40	被保険者氏名（漢字）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	1
9	受付年月日	数字	8	保険者が被保険者からの申請を受付けた年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
10	決定年月日	数字	8	保険者が支給（不支給）を決定した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
11	本人支払額	数字	9	受給者が支払った金額を出力する	S
12	給付の種類	漢字	336	給付の種類を出力する	
13	支給区分コード	数字	1	支給区分コードを出力する	1
14	支給金額	数字	9	受給者に支給する金額を出力する	S
15	不支給の理由	漢字	160	不支給の場合の理由を出力する	
16	支払方法区分コード	数字	1	支払方法区分コードを出力する	1
17	窓口払	漢字	40	窓口払の支払場所を出力する	
18	支払期間	数字	8	窓口払の支払期間の開始年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
19	支払期間	数字	8	窓口払の支払期間の終了年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
20	支払期間	漢字	2	窓口払の支払期間の開始曜日を出力する	
21	支払期間	漢字	2	窓口払の支払期間の終了曜日を出力する	
22	支払期間	数字	4	窓口払の支払期間の開始時間を出力する	
23	支払期間	数字	4	窓口払の支払期間の終了時間を出力する	

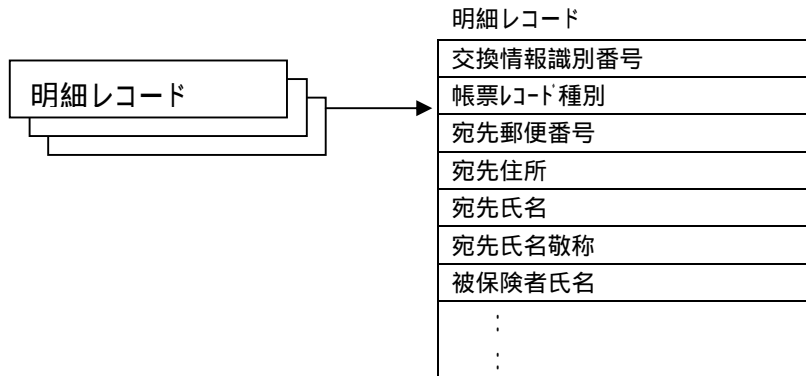
項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
24	金融機関名	漢字	30	口座払の振込先金融機関名を出力する	
25	金融機関支店名	漢字	40	口座払の振込先金融機関支店名を出力する	
26	口座種目名	漢字	6	口座払の振込先口座種目名を出力する	
27	口座番号	数字	7	口座払の振込先口座番号を出力する	
28	口座名義人(カナ)	英数	40	口座払の振込先口座名義人(カナ)を出力する	
29	問い合わせ先郵便番号	数字	7	問い合わせ先の郵便番号を出力する	
30	問い合わせ先住所	漢字	128	問い合わせ先の住所(漢字)を出力する	
31	問い合わせ先名称1	漢字	40	問い合わせ先の名称1を出力する	
32	問い合わせ先名称2	漢字	40	問い合わせ先の名称2を出力する	
33	問い合わせ先電話番号	英数	12	問い合わせ先の電話番号を出力する	
34	不服の申し立て先	漢字	8	不服の申し立て先を出力する	
35	帳票関連付け番号	数字	6	高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表のNo.を出力する	
36	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月(西暦年月(YYYYMM))を出力する	3
37	帳票題目	漢字	100	帳票題目を出力する	
38	項目名称1	漢字	40	項目名称1を出力する	
39	説明文1	漢字	200	説明文1を出力する	

- 1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)
- 2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)
- 3 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)
- 5 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

高額介護サービス費支給(不支給)決定通知書情報



このページは空白です。

(9) 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) 情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(10) 振込依頼書(高額)情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込依頼書(高額)情報の交換情報識別番号を出力する	"3611"固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	"H1"固定
3	宛先 金融機関コード	数字	4	保険者が契約している金融機関のコードを出力する	1
4		漢字	30	保険者が契約している金融機関名を出力する	
5		数字	3	保険者が契約している金融機関の支店コードを出力する	1
6		漢字	40	保険者が契約している金融機関の支店名を出力する	
7	保険者名	漢字	40	保険者名を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

・明細レコード(複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込依頼書(高額)情報の交換情報識別番号を出力する	"3611"固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	"D1"固定
3	口座情報 金融機関コード	数字	4	受給者の口座の金融機関コードを出力する	1
4		漢字	30	受給者の口座の金融機関名を出力する	
5		数字	3	受給者の口座の金融機関支店コードを出力する	1
6		漢字	40	受給者の口座の金融機関支店名を出力する	
7		数字	1	受給者の口座の口座種目を出力する	1
8		英数	1	受給者の口座の口座種目名(略語)を出力する	半角カタカナ 普通 :フ 当座 :ト その他:リ
9		数字	7	受給者の口座の口座番号を出力する	1
10	英数	40	受給者の口座の口座名義人(カナ)を出力する		
11	振込金額	数字	9	受給者の口座への振込金額を出力する	S
12	被保険者番号	英字	10	被保険者番号を出力する	1

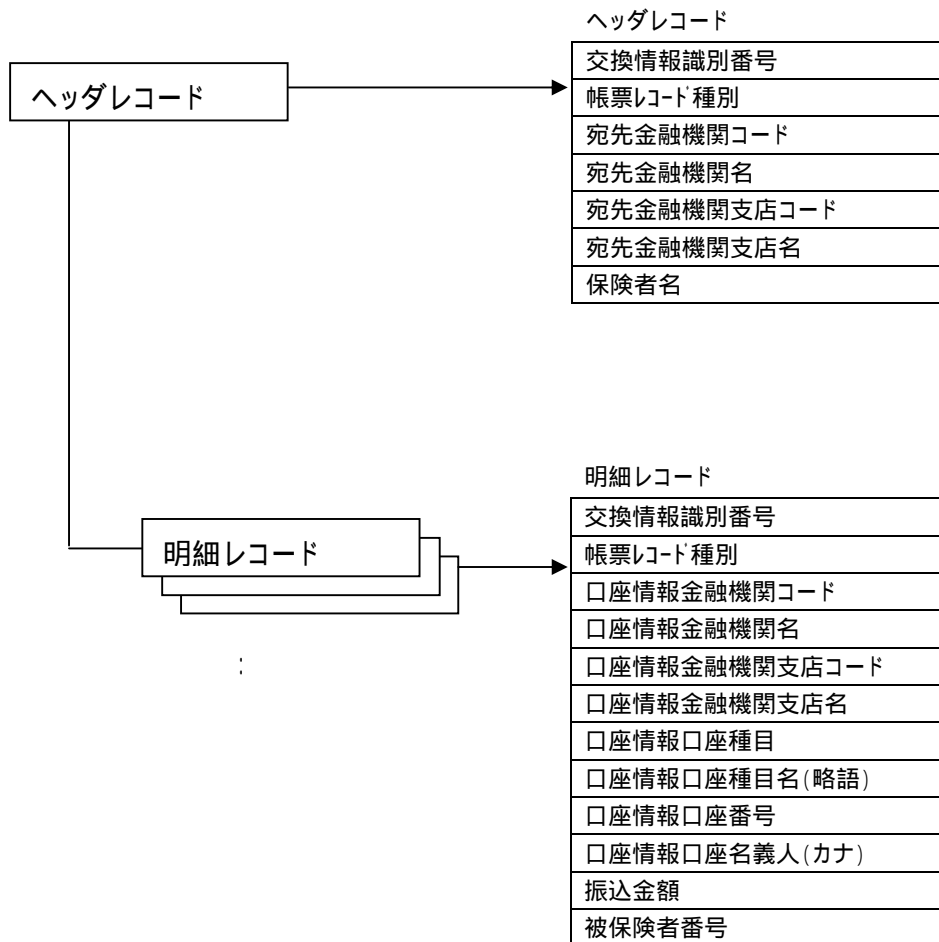
1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

振込依頼書(高額)情報



(1 1) 高額介護サービス費支給（不支給）決定者一覧表情報（総合事業）

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費支給（不支給）決定者一覧表情報（総合事業）の交換情報識別番号を出力する	“3541”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1”固定
3	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	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費支給（不支給）決定者一覧表情報（総合事業）の交換情報識別番号を出力する	“3541”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3		数字	6	高額介護サービス費支給（不支給）決定通知書等との関連付け番号を出力する	
4	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
5	被保険者氏名（漢字）	漢字	40	被保険者氏名（漢字）を出力する	
6	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月（西暦年月（YYYYMM））を出力する	2
7	利用者負担額	数字	9	受給者の利用者負担額を出力する	S
8	支給区分コード	数字	1	支給区分コードを出力する	1
9	決定年月	数字	6	保険者が支給（不支給）を決定した年月（西暦年月（YYYYMM））を出力する	2
10	高額支給額	数字	9	受給者への支給額を出力する	S

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1 1	支払方法区分コード	数字	1	支払方法区分コードを出力する	1
1 2	支払場所	漢字	4 0	窓口払の支払場所を出力する	
1 3	開始年月日	数字	8	窓口払の支払期間の開始年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	3
1 4	終了年月日	数字	8	窓口払の支払期間の終了年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	3
1 5	開始曜日	漢字	2	窓口払の支払期間の開始曜日を出力する	
1 6	終了曜日	漢字	2	窓口払の支払期間の終了曜日を出力する	
1 7	開始時間	数字	4	窓口払の支払期間の開始時間を出力する	
1 8	終了時間	数字	4	窓口払の支払期間の終了時間を出力する	
1 9	金融機関コード	数字	4	口座払の金融機関コードを出力する	1
2 0	金融機関名	漢字	3 0	口座払の金融機関名を出力する	
2 1	金融機関支店コード	数字	3	口座払の金融機関支店コードを出力する	1
2 2	金融機関支店名	漢字	4 0	口座払の金融機関支店名を出力する	
2 3	口座種目	数字	1	口座払の口座種目を出力する	1
2 4	口座種目名	漢字	6	口座払の口座種目名を出力する	
2 5	口座番号	数字	7	口座払の口座番号を出力する	1
2 6	口座名義人（カナ）	英数	4 0	口座払の口座名義人（カナ）を出力する	

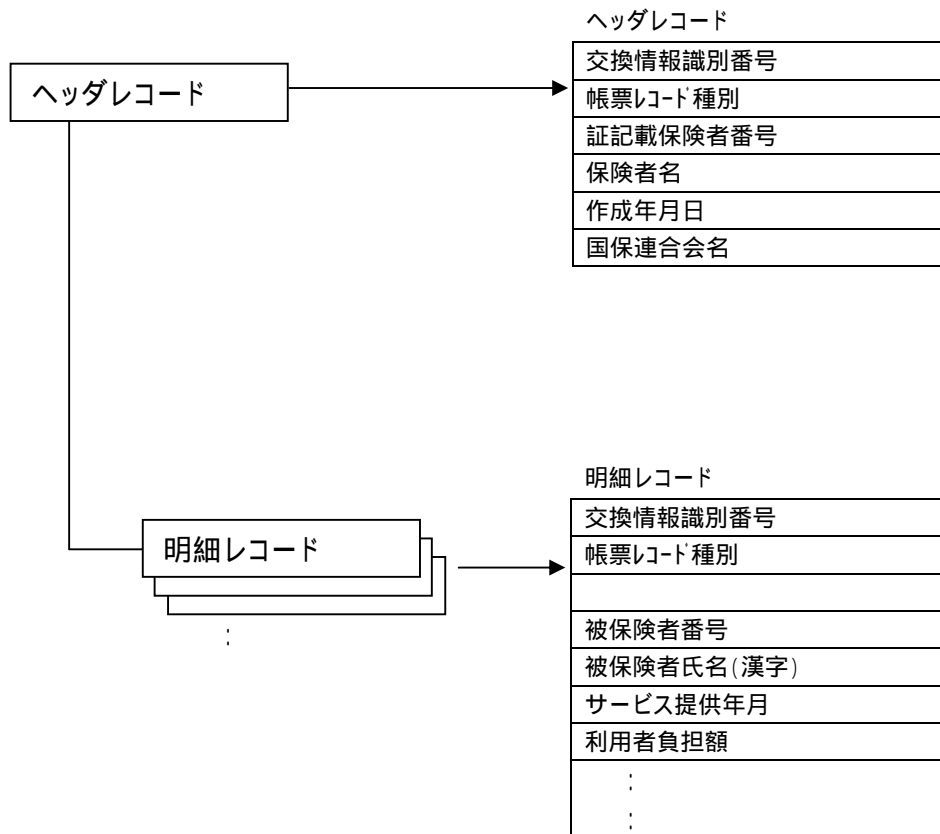
- 1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)
- 2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)
- 3 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

5 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、 Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表情報(総合事業)



(1 2) 高額介護サービス費支給(不支給)決定通知書情報(総合事業)

・明細レコード(複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費支給(不支給)決定通知書情報(総合事業)の交換情報識別番号を出力する	"3552"固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	"D1"固定
3	宛先郵便番号	数字	7	被保険者の郵便番号を出力する	
4	宛先住所	漢字	128	被保険者の住所(漢字)を出力する	
5	宛先氏名	漢字	40	被保険者氏名(漢字)を出力する	
6	宛先氏名敬称	漢字	2	宛先氏名敬称を出力する	"様"固定
7	被保険者氏名	漢字	40	被保険者氏名(漢字)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	1
9	受付年月日	数字	8	保険者が被保険者からの申請を受付けた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	2
10	決定年月日	数字	8	保険者が支給(不支給)を決定した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	2
11	本人支払額	数字	9	受給者が支払った金額を出力する	S
12	給付の種類	漢字	336	給付の種類を出力する	
13	支給区分コード	数字	1	支給区分コードを出力する	1
14	支給金額	数字	9	受給者に支給する金額を出力する	S
15	不支給の理由	漢字	160	不支給の場合の理由を出力する	
16	支払方法区分コード	数字	1	支払方法区分コードを出力する	1
17	窓口払	漢字	40	窓口払の支払場所を出力する	
18	支払期間	数字	8	窓口払の支払期間の開始年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	2
19	支払期間	数字	8	窓口払の支払期間の終了年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	2
20	支払期間	漢字	2	窓口払の支払期間の開始曜日を出力する	
21	支払期間	漢字	2	窓口払の支払期間の終了曜日を出力する	
22	支払期間	数字	4	窓口払の支払期間の開始時間を出力する	
23	支払期間	数字	4	窓口払の支払期間の終了時間を出力する	

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考	
24	口座払	金融機関名	漢字	30	口座払の振込先金融機関名を出力する	
25		金融機関支店名	漢字	40	口座払の振込先金融機関支店名を出力する	
26		口座種目名	漢字	6	口座払の振込先口座種目名を出力する	
27		口座番号	数字	7	口座払の振込先口座番号を出力する	
28		口座名義人(カナ)	英数	40	口座払の振込先口座名義人(カナ)を出力する	
29	問い合わせ先郵便番号	数字	7	問い合わせ先の郵便番号を出力する		
30	問い合わせ先住所	漢字	128	問い合わせ先の住所(漢字)を出力する		
31	問い合わせ先名称1	漢字	40	問い合わせ先の名称1を出力する		
32	問い合わせ先名称2	漢字	40	問い合わせ先の名称2を出力する		
33	問い合わせ先電話番号	英数	12	問い合わせ先の電話番号を出力する		
34	不服の申し立て先	漢字	40	不服の申し立て先を出力する		
35	帳票関連付け番号	数字	6	高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表(総合事業)のNo.を出力する		
36	サービス提供年月	数字	6	サービス提供年月(西暦年月(YYYYMM))を出力する	3	
37	帳票題目	漢字	100	帳票題目を出力する		
38	項目名称1	漢字	40	項目名称1を出力する		
39	説明文1	漢字	200	説明文1を出力する		

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

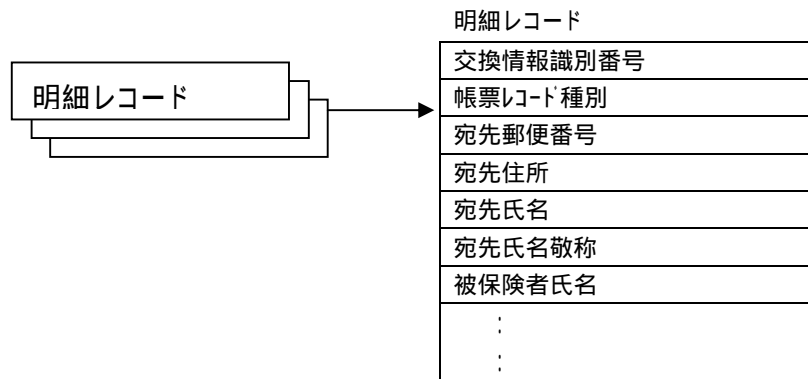
3 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

5 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

高額介護サービス費支給(不支給)決定通知書情報(総合事業)



(1 3) 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) 情報 (総合事業)

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(14) 振込依頼書(高額)情報(総合事業)

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考	
1	交換情報識別番号	英数	4	振込依頼書(高額)情報(総合事業)の交換情報識別番号を出力する	"3621"固定	
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	"H1"固定	
3	宛先	金融機関コード	数字	4	保険者が契約している金融機関のコードを出力する	1
4		金融機関名	漢字	30	保険者が契約している金融機関名を出力する	
5		金融機関支店コード	数字	3	保険者が契約している金融機関の支店コードを出力する	1
6		金融機関支店名	漢字	40	保険者が契約している金融機関の支店名を出力する	
7	保険者名	漢字	40	保険者名を出力する		

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

・明細レコード(複数レコード)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考	
1	交換情報識別番号	英数	4	振込依頼書(高額)情報(総合事業)の交換情報識別番号を出力する	"3621"固定	
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	"D1"固定	
3	口座情報	金融機関コード	数字	4	受給者の口座の金融機関コードを出力する	1
4		金融機関名	漢字	30	受給者の口座の金融機関名を出力する	
5		金融機関支店コード	数字	3	受給者の口座の金融機関支店コードを出力する	1
6		金融機関支店名	漢字	40	受給者の口座の金融機関支店名を出力する	
7		口座種目	数字	1	受給者の口座の口座種目を出力する	1
8		口座種目名(略語)	英数	1	受給者の口座の口座種目名(略語)を出力する	半角カタカナ 普通 :フ 当座 :ト その他:リ
9		口座番号	数字	7	受給者の口座の口座番号を出力する	1
10		口座名義人(カナ)	英数	40	受給者の口座の口座名義人(カナ)を出力する	
11		振込金額	数字	9	受給者の口座への振込金額を出力する	S
12		被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1

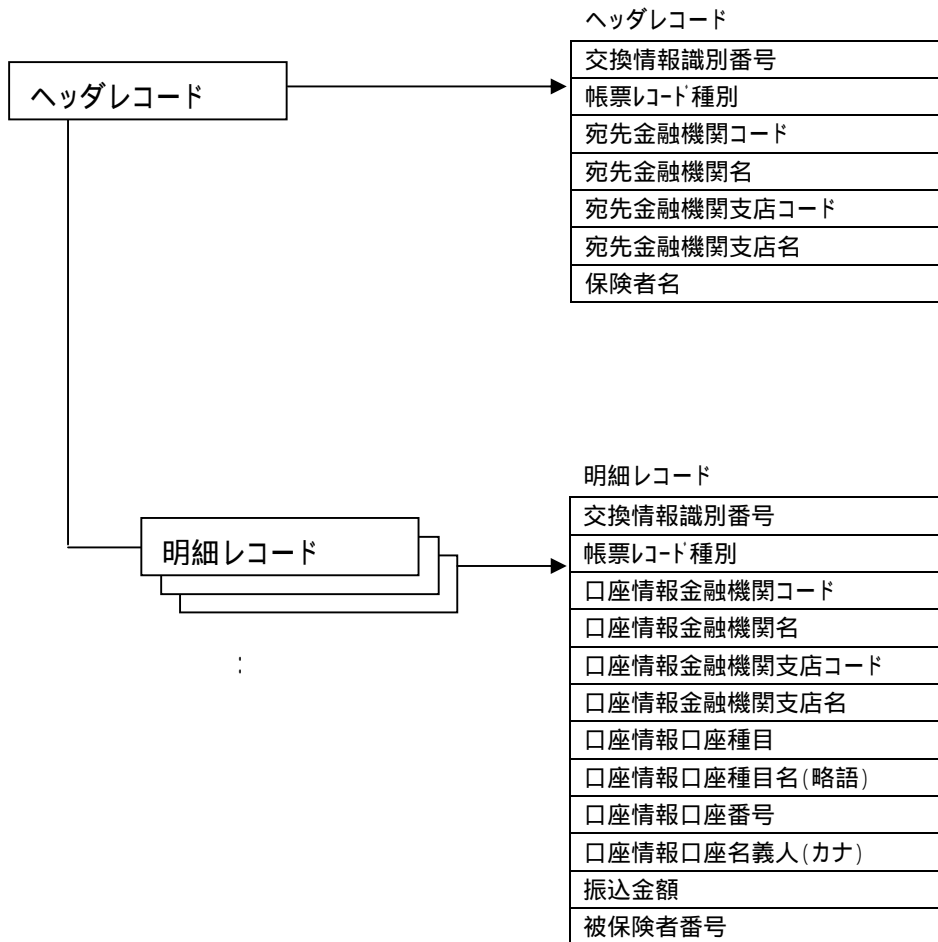
1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

振込依頼書(高額)情報(総合事業)



3.3.7 各種支払支援処理情報（出力情報）

（1） 振込データ情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	データ区分	数字	1	1・・・ヘッダレコード	
2	種別コード	数字	2	21・・・総合振込	
3	コード区分	数字	1	0・・・JIS	
4	振込依頼人コード	数字	10	銀行が採番した振込依頼人識別のためのコード	
5	振込依頼人名	英数	40	カナ文字および英数字	
6	取組日	数字	4	取組日（MMDD） 銀行営業日	
7	仕向銀行番号	数字	4	取引銀行番号（統一金融機関番号）	
8	仕向銀行名	英数	15	取引銀行名（カナ文字および英数字）	任意 省略時はスペース
9	仕向支店番号	数字	3	取引支店番号（統一店番号）	
10	仕向支店名	英数	15	取引支店名（カナ文字および英数字）	任意 省略時はスペース
11	預金種目（依頼人）	数字	1	1・・・普通預金 2・・・当座預金 9・・・その他	任意 省略時はスペース
12	口座番号（依頼人）	数字	7	振込依頼人の口座番号	任意 省略時はスペース
13	ダミー	英数	17	スペース	

・データレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	データ区分	数字	1	2・・・データレコード	
2	被仕向銀行番号	数字	4	振込先銀行番号(統一金融機関番号)	
3	被仕向銀行名	英数	15	振込先銀行名(カナ文字および英数字)	任意 省略時はスペース
4	被仕向支店番号	数字	3	振込先支店番号(統一店番号)	
5	被仕向支店名	英数	15	振込先支店名(カナ文字および英数字)	任意 省略時はスペース
6	手形交換所番号	数字	4		任意 省略時はスペース
7	預金種目	数字	1	1・・・普通預金 2・・・当座預金 9・・・その他	
8	口座番号	数字	7	受取人の口座番号	
9	受取人名	英数	30	カナ文字および英数字	
10	振込金額	数字	10	数字	S
11	新規コード	数字	1	1・・・第1回振込分 2・・・変更分(被仕向銀行・支店、預金種目・口座番号) 0・・・その他	
12	顧客コード1	数字	10	依頼人が定めた受取人識別のためのコード	任意 省略時はスペース
13	顧客コード2	数字	10		
14	振込指定区分	数字	1	7・・・テレ振込 8・・・文書振込	任意 省略時はスペース
15	識別表示	英数	1	「Y」またはスペース	
16	ダミー	英数	7	スペース	

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

・トレーラレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	データ区分	数字	1	8・・・トレーラレコード	
2	合計件数	数字	6	データレコードの合計件数	S
3	合計金額	数字	12	データレコードの合計金額	S
4	ダミー	英数	101	スペース	

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

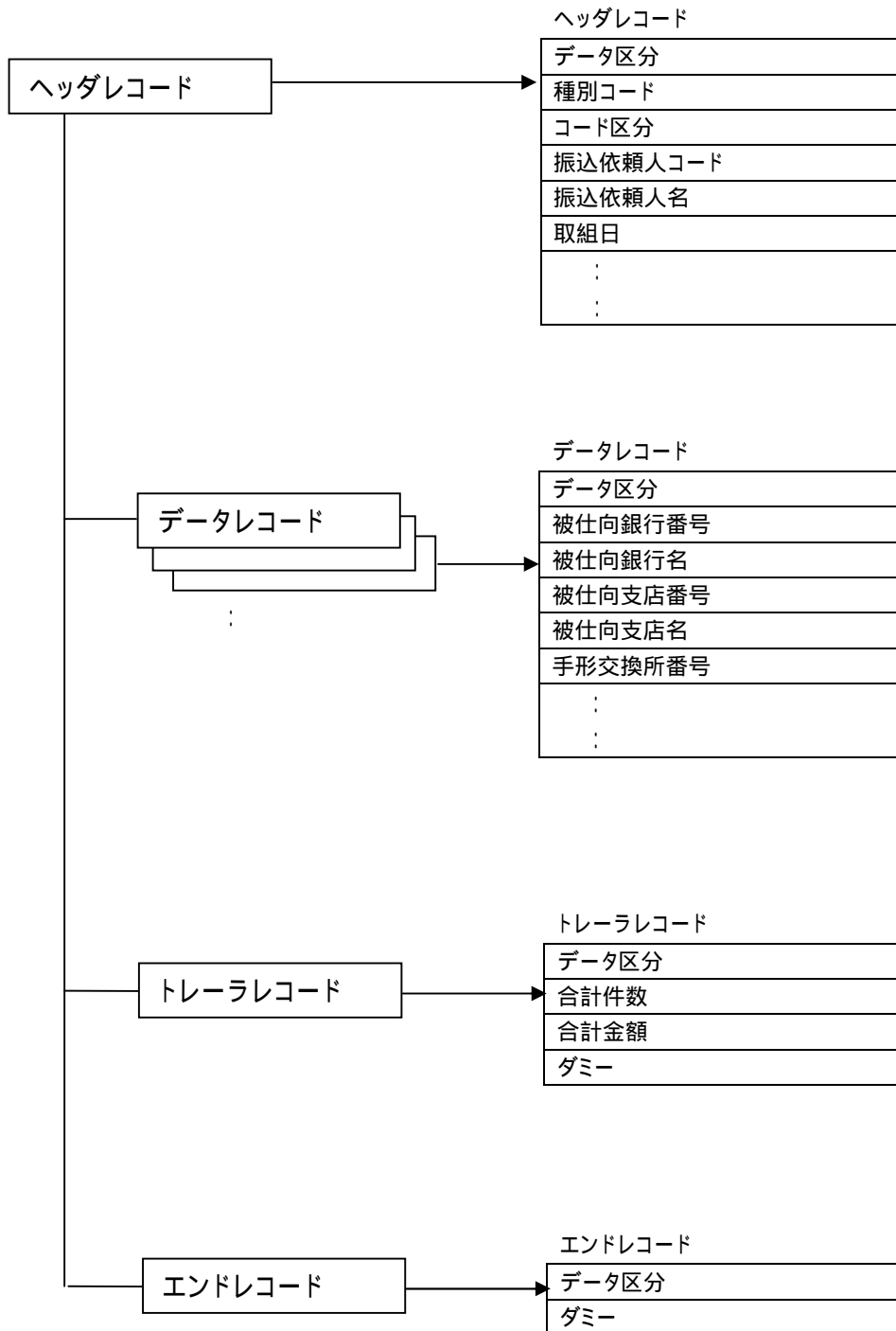
なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

・エンドレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	データ区分	数字	1	9・・・エンドレコード	
2	ダミー	英数	119	スペース	

レコード構成図

振込データ情報



(2) 払込請求書情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(3) 振込者一覧表情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3931”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1”固定
3	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	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3931”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
4	被保険者氏名（カナ）	英数	40	被保険者氏名（カナ）を出力する	
5	金融機関コード	数字	4	受給者の口座の金融機関コードを出力する	1
6	金融機関名	漢字	30	受給者の口座の金融機関名を出力する	
7	金融機関支店コード	数字	3	受給者の口座の金融機関支店コードを出力する	1
8	金融機関支店名	漢字	40	受給者の口座の金融機関支店名を出力する	
9	口座種目	数字	1	受給者の口座の口座種目を出力する	1
10	口座種目名	漢字	6	受給者の口座の口座種目名を出力する	
11	口座番号	数字	7	受給者の口座の口座番号を出力する	1
12	口座名義人（カナ）	英数	40	受給者の口座の口座名義人（カナ）を出力する	
13	振込金額	数字	9	受給者の口座への振込金額を出力する	S
14	備考	漢字	40	償還または高額の違いを出力する	

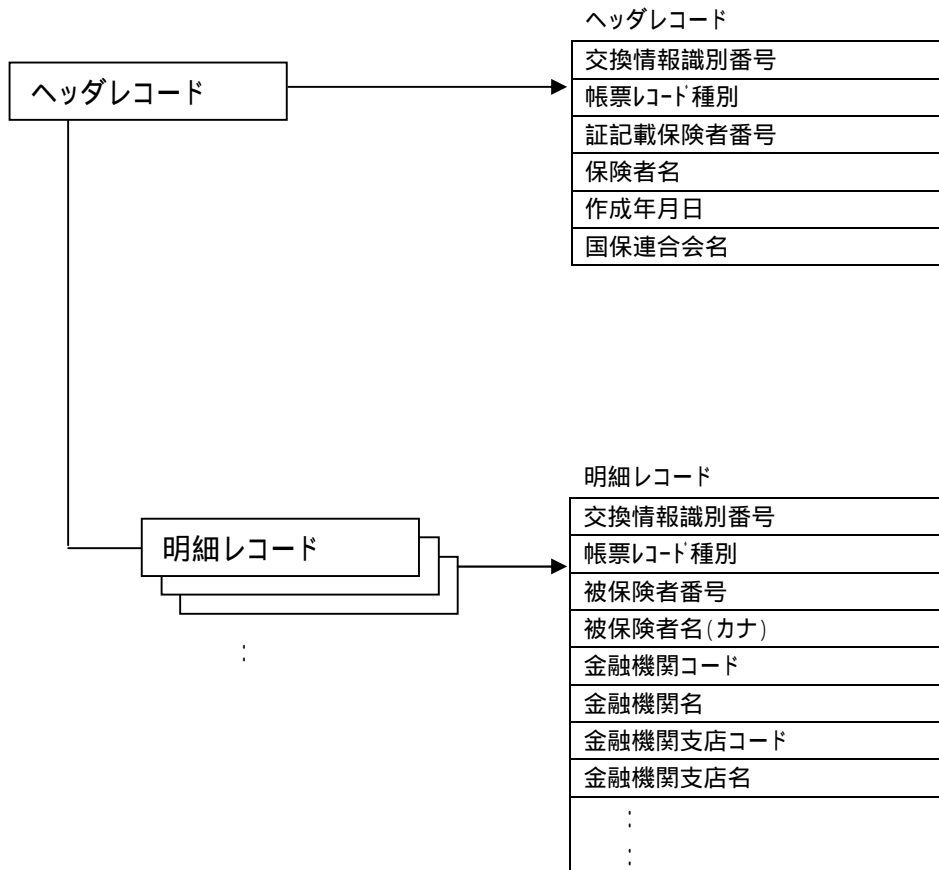
1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

振込者一覧表情報



(4) 指定金融機関別集計書情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(5) 振込不能者一覧表情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込不能者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3941”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1”固定
3	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	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込不能者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3941”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
4	被保険者氏名（カナ）	英数	25	被保険者氏名（カナ）を出力する	
5	金融機関コード	数字	4	受給者の口座の金融機関コードを出力する	1
6	金融機関名	漢字	30	受給者の口座の金融機関名を出力する	
7	金融機関支店コード	数字	3	受給者の口座の金融機関支店コードを出力する	1
8	金融機関支店名	漢字	40	受給者の口座の金融機関支店名を出力する	
9	口座種目	数字	1	受給者の口座の口座種目を出力する	1
10	口座種目名	漢字	6	受給者の口座の口座種目名を出力する	
11	口座番号	数字	7	受給者の口座の口座番号を出力する	
12	口座名義人（カナ）	英数	40	受給者の口座の口座名義人（カナ）を出力する	
13	振込金額	数字	9	受給者の口座への振込金額を出力する	S
14	備考	漢字	40	振込不能理由等を出力する	

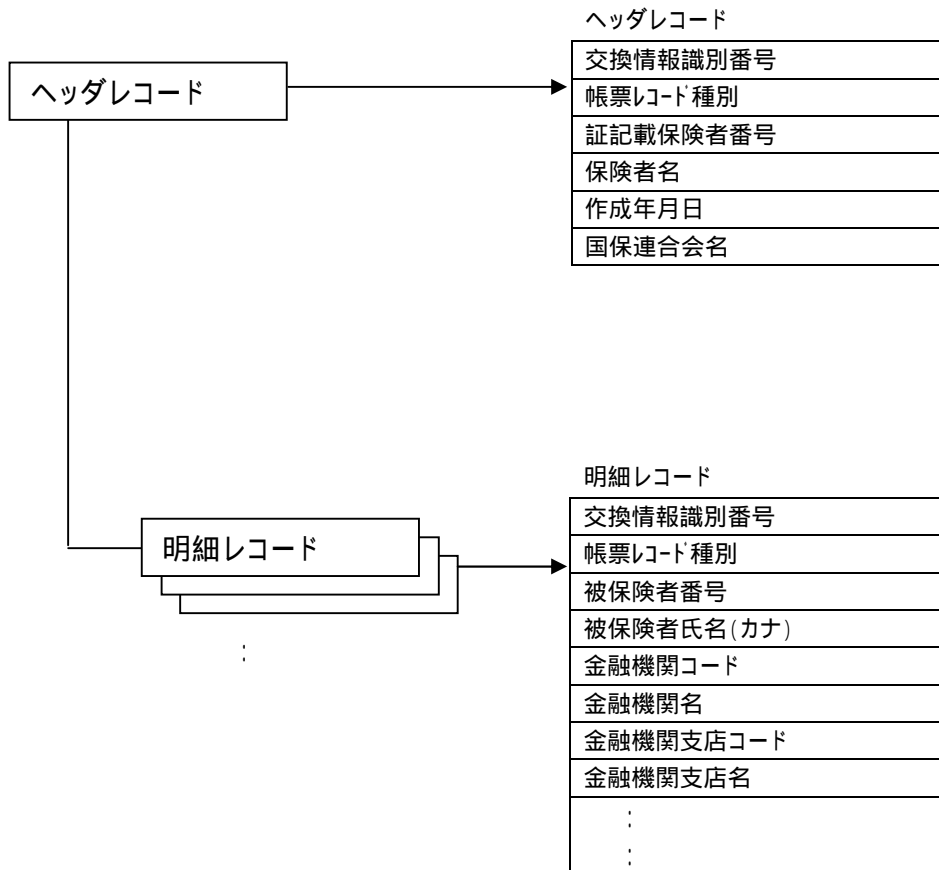
1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

振込不能者一覧表情報



(6) 振込依頼書 (戻入) 情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(7) 振込データ情報 (総合事業)

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	データ区分	数字	1	1・・・ヘッダレコード	
2	種別コード	数字	2	2 1・・・総合振込	
3	コード区分	数字	1	0・・・J I S	
4	振込依頼人コード	数字	1 0	銀行が採番した振込依頼人識別のためのコード	
5	振込依頼人名	英数	4 0	カナ文字および英数字	
6	取組日	数字	4	取組日 (MMDD) 銀行営業日	
7	仕向銀行番号	数字	4	取引銀行番号 (統一金融機関番号)	
8	仕向銀行名	英数	1 5	取引銀行名 (カナ文字および英数字)	任意 省略時はスペース
9	仕向支店番号	数字	3	取引支店番号 (統一店番号)	
1 0	仕向支店名	英数	1 5	取引支店名 (カナ文字および英数字)	任意 省略時はスペース
1 1	預金種目 (依頼人)	数字	1	1・・・普通預金 2・・・当座預金 9・・・その他	任意 省略時はスペース
1 2	口座番号 (依頼人)	数字	7	振込依頼人の口座番号	任意 省略時はスペース
1 3	ダミー	英数	1 7	スペース	

・データレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	データ区分	数字	1	2・・・データレコード	
2	被仕向銀行番号	数字	4	振込先銀行番号(統一金融機関番号)	
3	被仕向銀行名	英数	15	振込先銀行名(カナ文字および英数字)	任意 省略時はスペース
4	被仕向支店番号	数字	3	振込先支店番号(統一店番号)	
5	被仕向支店名	英数	15	振込先支店名(カナ文字および英数字)	任意 省略時はスペース
6	手形交換所番号	数字	4		任意 省略時はスペース
7	預金種目	数字	1	1・・・普通預金 2・・・当座預金 9・・・その他	
8	口座番号	数字	7	受取人の口座番号	
9	受取人名	英数	30	カナ文字および英数字	
10	振込金額	数字	10	数字	S
11	新規コード	数字	1	1・・・第1回振込分 2・・・変更分(被仕向銀行・支店、預金種目・口座番号) 0・・・その他	
12	顧客コード1	数字	10	依頼人が定めた受取人識別のためのコード	任意 省略時はスペース
13	顧客コード2	数字	10		
14	振込指定区分	数字	1	7・・・テレ振込 8・・・文書振込	任意 省略時はスペース
15	識別表示	英数	1	「Y」またはスペース	
16	ダミー	英数	7	スペース	

5 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

・トレーラレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	データ区分	数字	1	8・・・トレーラレコード	
2	合計件数	数字	6	データレコードの合計件数	S
3	合計金額	数字	12	データレコードの合計金額	S
4	ダミー	英数	101	スペース	

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

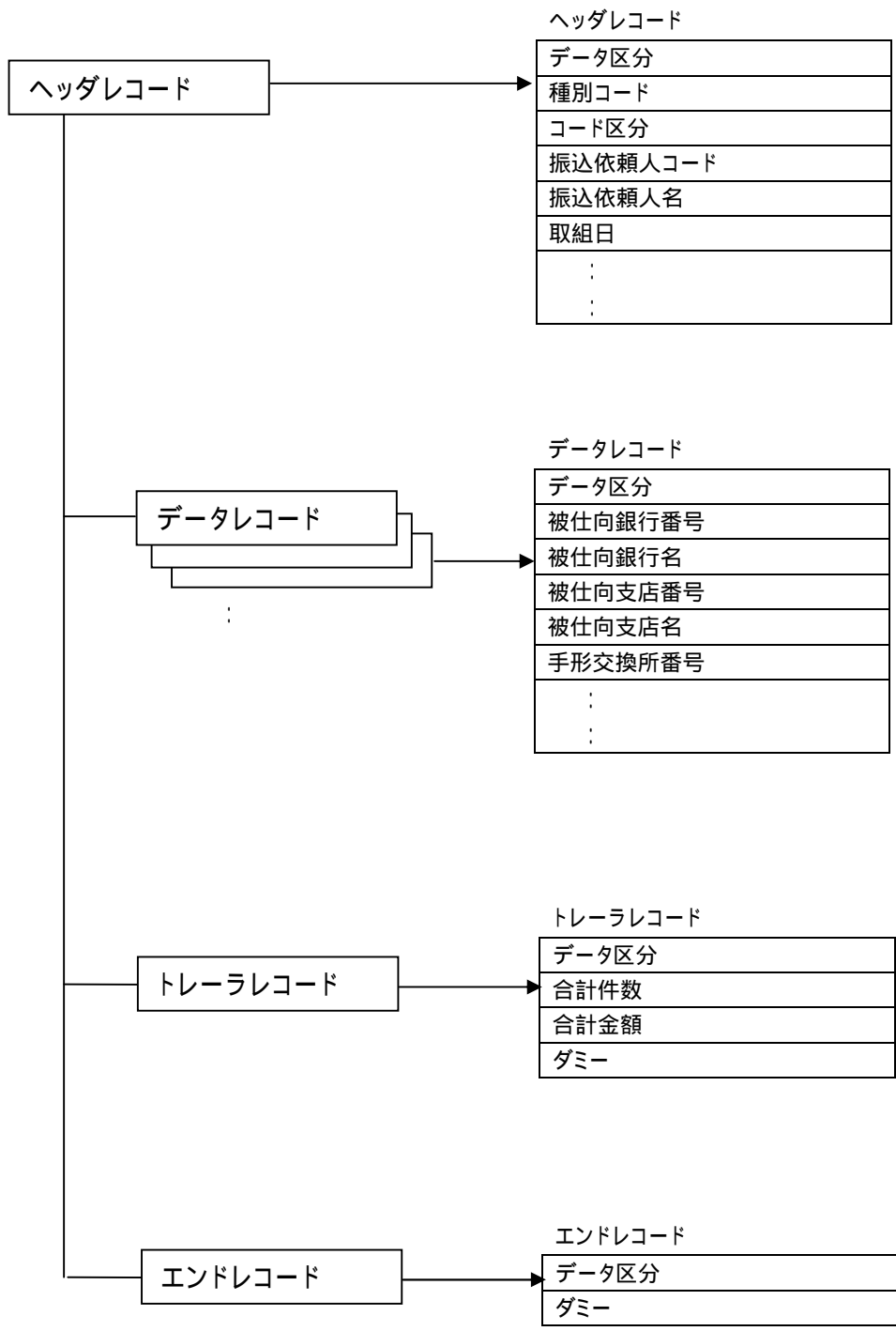
なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

・エンドレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	データ区分	数字	1	9・・・エンドレコード	
2	ダミー	英数	119	スペース	

レコード構成図

振込データ情報(総合事業)



(8) 払込請求書情報 (総合事業)

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(9) 振込者一覧表情報 (総合事業)

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3971”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1”固定
3	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	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日 (西暦年月日 (YYYMMDD)) を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込者一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3971”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
4	被保険者氏名（カナ）	英数	40	被保険者氏名（カナ）を出力する	
5	金融機関コード	数字	4	受給者の口座の金融機関コードを出力する	1
6	金融機関名	漢字	30	受給者の口座の金融機関名を出力する	
7	金融機関支店コード	数字	3	受給者の口座の金融機関支店コードを出力する	1
8	金融機関支店名	漢字	40	受給者の口座の金融機関支店名を出力する	
9	口座種目	数字	1	受給者の口座の口座種目を出力する	1
10	口座種目名	漢字	6	受給者の口座の口座種目名を出力する	
11	口座番号	数字	7	受給者の口座の口座番号を出力する	1
12	口座名義人（カナ）	英数	40	受給者の口座の口座名義人（カナ）を出力する	
13	振込金額	数字	9	受給者の口座への振込金額を出力する	S
14	備考	漢字	40	償還または高額の区別を出力する	

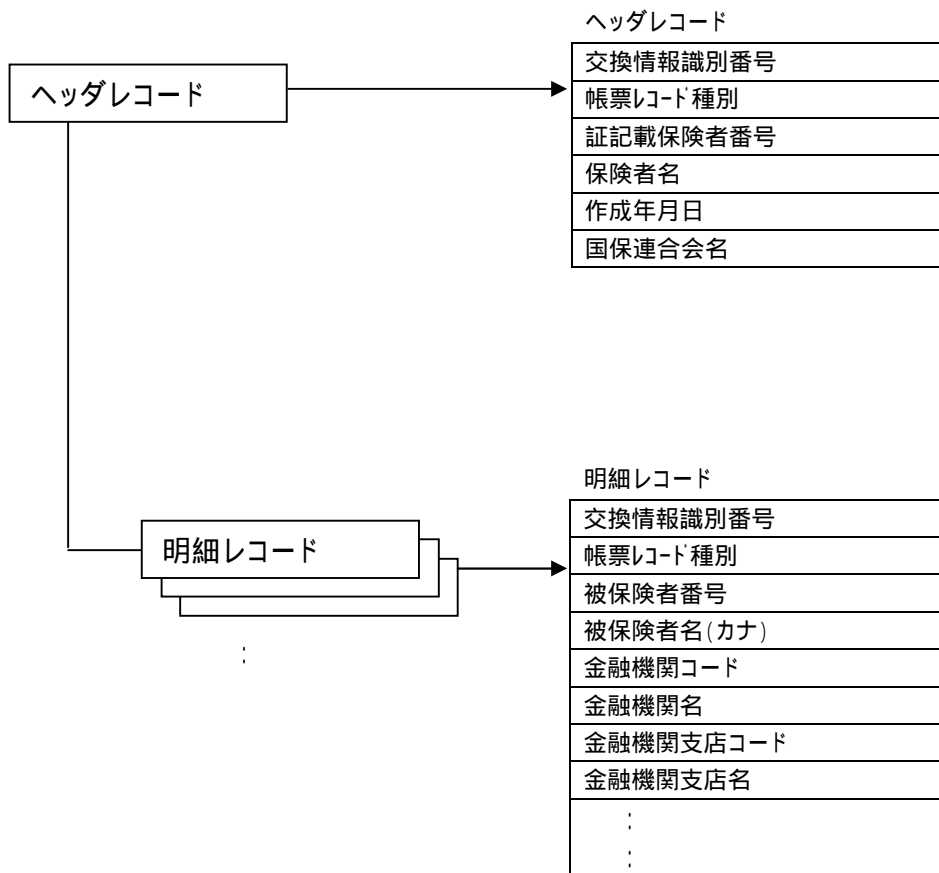
1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

振込者一覧表情報(総合事業)



(1 0) 指定金融機関別集計書情報 (総合事業)

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

(1 1) 振込不能者一覧表情報 (総合事業)

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込不能者一覧表情報 (総合事業) の交換情報識別番号を出力する	“3981”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1”固定
3	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	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	振込不能者一覧表情報（総合事業）の交換情報識別番号を出力する	“3981”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
4	被保険者氏名（カナ）	英数	25	被保険者氏名（カナ）を出力する	
5	金融機関コード	数字	4	受給者の口座の金融機関コードを出力する	1
6	金融機関名	漢字	30	受給者の口座の金融機関名を出力する	
7	金融機関支店コード	数字	3	受給者の口座の金融機関支店コードを出力する	1
8	金融機関支店名	漢字	40	受給者の口座の金融機関支店名を出力する	
9	口座種目	数字	1	受給者の口座の口座種目を出力する	1
10	口座種目名	漢字	6	受給者の口座の口座種目名を出力する	
11	口座番号	数字	7	受給者の口座の口座番号を出力する	
12	口座名義人（カナ）	英数	40	受給者の口座の口座名義人（カナ）を出力する	
13	振込金額	数字	9	受給者の口座への振込金額を出力する	S
14	備考	漢字	40	振込不能理由等を出力する	

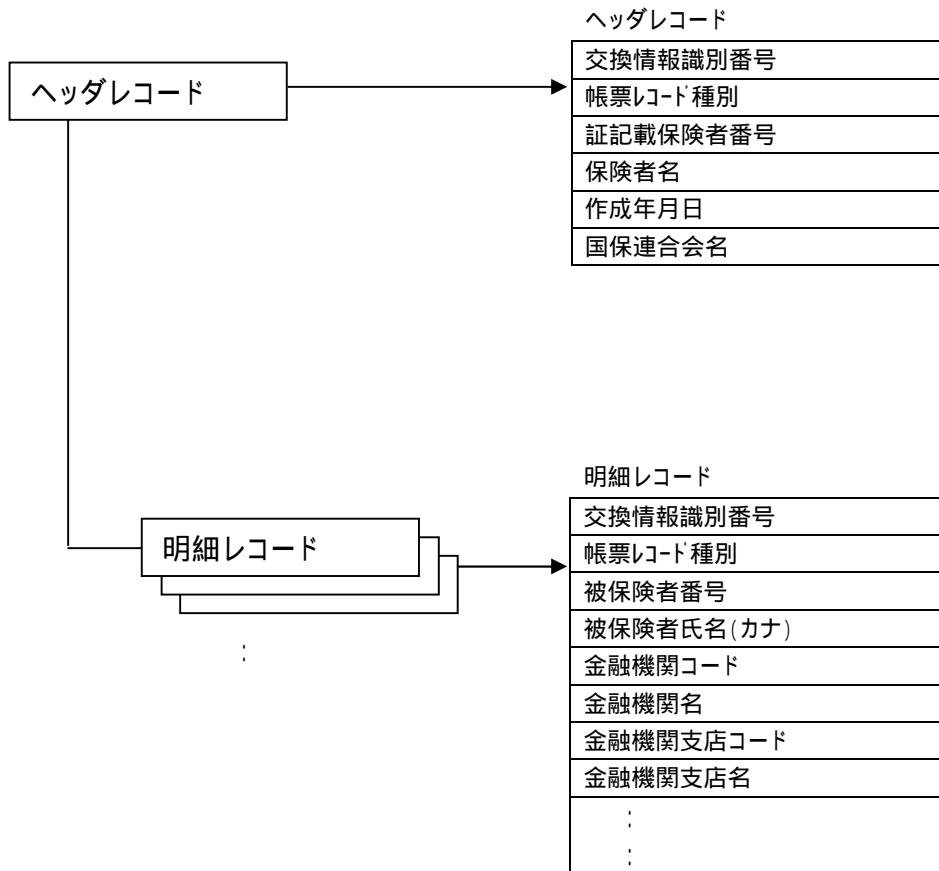
1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

振込不能者一覧表情報(総合事業)



(1 2) 振込依頼書 (戻入) 情報 (総合事業)

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

3.3.8 主治医意見書料支払処理情報（入力情報）

（1） 主治医意見書作成料請求書情報

・基本情報レコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	交換情報識別番号を設定する		“71C1”固定
2	レコード種別コード	数字	1	レコード種別コードを設定する		“1”固定
3	事業所番号	英数	10	事業所番号を設定する		1

・明細情報レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	必須入力	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	交換情報識別番号を設定する		“71C1”固定
2	レコード種別コード	数字	1	レコード種別コードを設定する		“2”固定
3	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		1
4	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する		1
5	作成依頼年月日	数字	8	意見書の作成依頼年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する		2
6	意見書作成年月日	数字	8	意見書の作成年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する		2
7	意見書送付年月日	数字	8	意見書の送付年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する		2
8	意見書作成料種別	数字	1	意見書の作成料種別を設定する		1
9	意見書作成料申請種別	数字	1	意見書の作成料申請種別を設定する		1
10	意見書作成料	数字	8	意見書の作成料を設定する		S
11	診断・検査費用	数字	8	診断・検査費用を設定する		S
12	消費税	数字	8	請求額の消費税を設定する		S
13	合計	数字	8	合計額を設定する		S

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

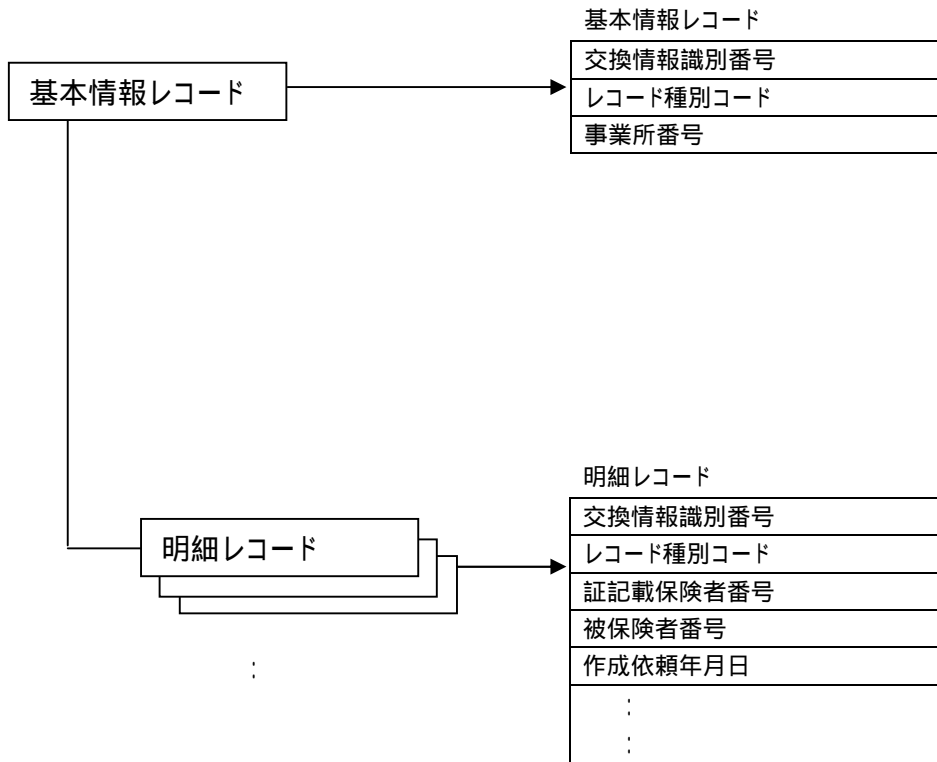
2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

主治医意見書料支払一覧表情報



(2) 主治医意見書料支払一覧表情報

・基本情報レコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	主治医意見書料支払一覧表情報の交換情報識別番号を設定する	“3A21”固定
2	レコード種別コード	数字	1	レコード種別コードを設定する	“1”固定
3	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	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を設定する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を設定する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を設定する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	主治医意見書料支払一覧表情報の交換情報識別番号を設定する	“3A21”固定
2	レコード種別コード	数字	1	レコード種別コードを設定する	“2”固定
3	事業所番号	英数	10	事業所番号を設定する	1
4	事業所名（漢字）	漢字	40	事業所名（漢字）を設定する	
5	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する	1
6	作成依頼年月日	数字	8	意見書の作成依頼年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	2
7	意見書作成年月日	数字	8	意見書の作成年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	2
8	意見書送付年月日	数字	8	意見書の送付年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	2
9	請求額	数字	8	請求額を設定する	S
10	消費税額	数字	8	請求額の消費税額を設定する	S
11	支払額	数字	8	支払額を設定する	S
12	消費税額	数字	8	支払額の消費税額を設定する	S
13	備考	漢字	40	請求額修正理由等を設定する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

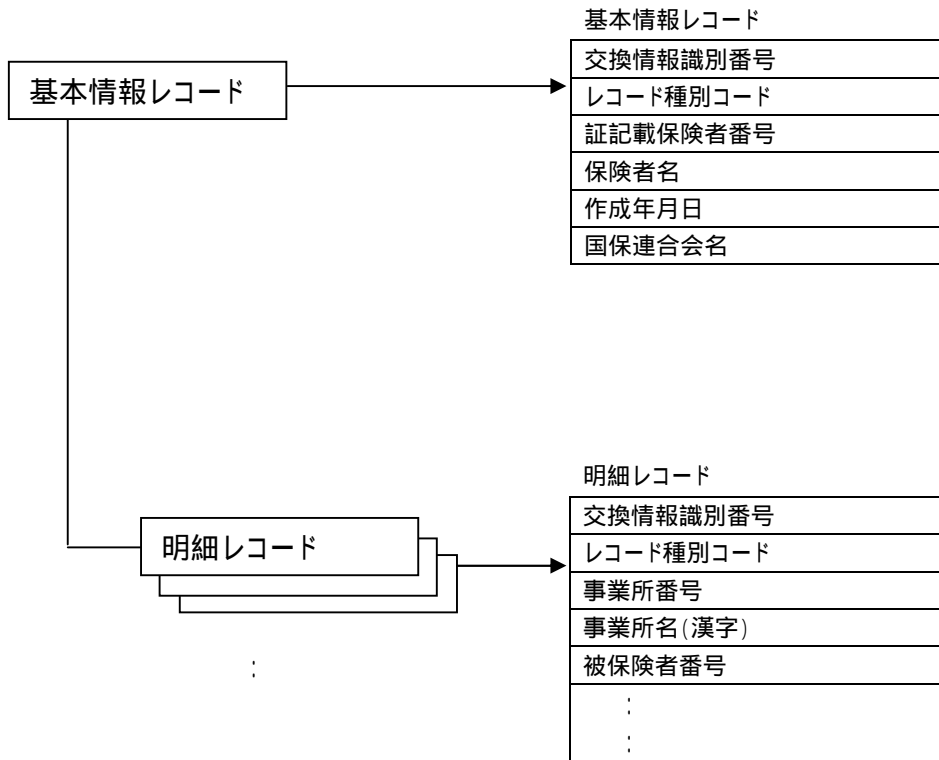
2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

主治医意見書料支払一覧表情報



3.3.9 主治医意見書料支払処理（出力情報）

（１） 主治医意見書料支払一覧表情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	主治医意見書料支払一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	"3A11"固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	"H1"固定
3	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	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
6	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	主治医意見書料支払一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	"3A11"固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	"D1"固定
3	事業所番号	英数	10	事業所番号を出力する	1
4	事業所名（漢字）	漢字	40	事業所名（漢字）を出力する	
5	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
6	作成依頼年月日	数字	8	意見書の作成依頼年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
7	意見書作成年月日	数字	8	意見書の作成年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
8	意見書送付年月日	数字	8	意見書の送付年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	2
9	請求額	数字	8	請求額を出力する	S
10	消費税額	数字	8	請求額の消費税額を出力する	S
11	支払額	数字	8	支払額を出力する	S
12	消費税額	数字	8	支払額の消費税額を出力する	S
13	備考	漢字	40	種別（在宅、施設）等を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

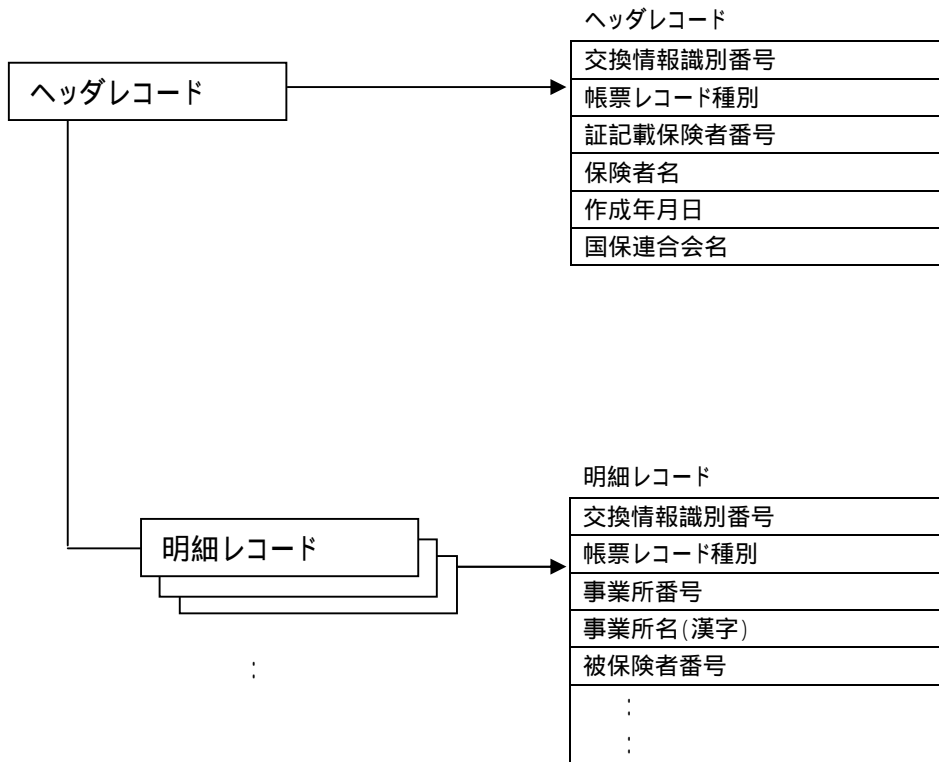
2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

主治医意見書料支払一覧表情報



3.3.10 認定調査委託料支払処理情報（入力情報）

（１） 認定調査委託料支払一覧表情報

・基本情報レコード

項番	項目名	属性	桁数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	認定調査委託料支払一覧表情報の交換情報識別番号を設定する	“3B11”固定
2	レコード種別コード	数字	1	レコード種別コードを設定する	“1”固定
3	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	1
4	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を設定する	
5	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	2

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	桁数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	認定調査委託料支払一覧表情報の交換情報識別番号を設定する	“3B11”固定
2	レコード種別コード	数字	1	レコード種別コードを設定する	“2”固定
3	事業所番号	英数	10	事業所番号を設定する	1
4	事業所名（漢字）	漢字	40	事業所名（漢字）を設定する	
5	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する	1
6	調査依頼年月日	数字	8	認定調査の依頼年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	2
7	調査実施年月日	数字	8	認定調査の実施年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	2
8	調査票受領年月日	数字	8	認定調査票の受領年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を設定する	2
9	請求額	数字	8	請求額を設定する	S
10	消費税額	数字	8	請求額の消費税額を設定する	S
11	支払額	数字	8	支払額を設定する	S
12	消費税額	数字	8	支払額の消費税額を設定する	S
13	備考	漢字	40	請求額修正理由等を設定する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

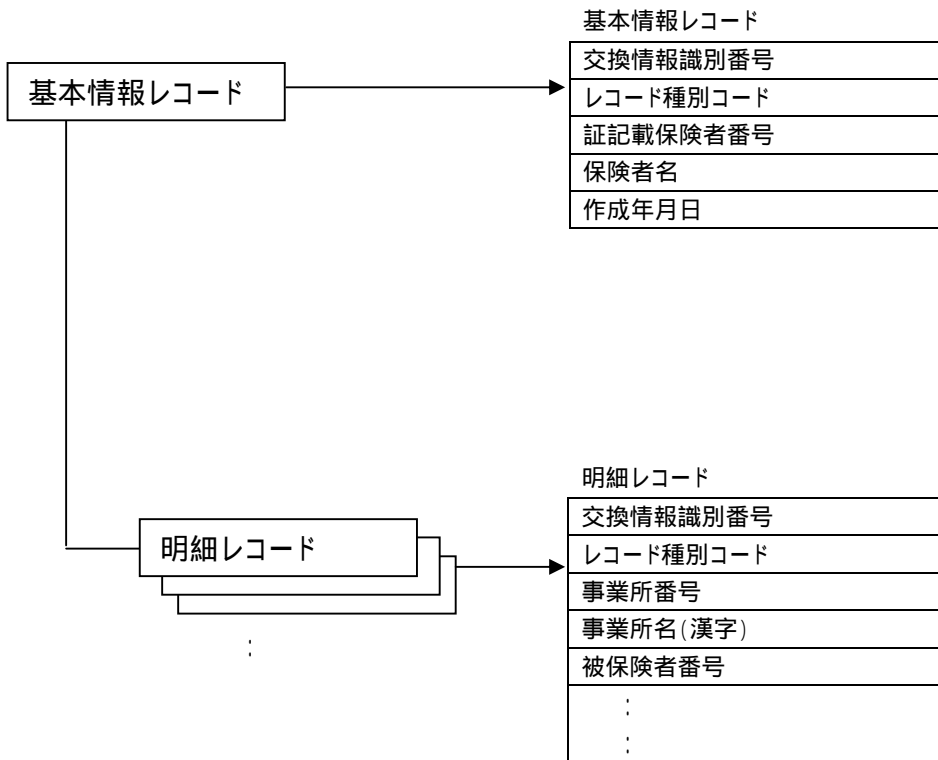
2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

認定調査委託料支払一覧表情報



3 . 3 . 1 1 共同処理用市町村特別給付情報（入力情報）

（ 1 ）共同処理用市町村特別給付異動連絡票情報

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

（ 2 ）共同処理用市町村特別給付訂正連絡票情報

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

3.3.12 共同処理用市町村特別給付情報（出力情報）

（1）共同処理用市町村特別給付更新結果情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

（2）共同処理用市町村特別給付情報

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

3.3.13 共同処理用市町村特別給付事業所情報（入力情報）

（1）共同処理用市町村特別給付事業所異動連絡票情報（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

（2）共同処理用市町村特別給付事業所異動連絡票情報（サービス情報）

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）共同処理用市町村特別給付事業所訂正連絡票情報（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

（4）共同処理用市町村特別給付事業所訂正連絡票情報（サービス情報）

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

3.3.14 共同処理用市町村特別給付事業所情報（出力情報）

（1）共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果情報（基本情報）

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

（2）共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果情報（サービス情報）

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

（3）共同処理用市町村特別給付事業所情報（基本情報）

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

（4）共同処理用市町村特別給付事業所情報（サービス情報）

帳票のみの出力情報であるため、項目を記載していません

3.3.15 共同処理用保険者情報（入力情報）

(1) 共同処理用保険者異動連絡票情報（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	英数	4	共同処理用保険者異動連絡票情報の識別番号を設定する			"5A11"固定	
2	異動年月日	数字	8	保険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	共同処理用保険者情報の異動事由を設定する			01(固定値)	
5	保険者番号	数字	6	保険者番号を設定する			3	
6	口座情報	金融機関コード	数字	4	保険者の口座の金融機関コードを設定する		3	4
7		金融機関支店コード	数字	3	保険者の口座の金融機関支店コードを設定する		3	
8		口座種目	数字	1	保険者の口座の口座種目を設定する		3	
9		口座番号	数字	7	保険者の口座の口座番号を設定する		3	
10		口座名義人(カナ)	英数	40	保険者の口座の口座名義人(カナ)を設定する			
11		振込依頼人コード	数字	10	銀行が採番した振込依頼人識別のためのコードを設定する			5
12	問い合わせ先情報	郵便番号	数字	7	問い合わせ先の郵便番号を設定する			
13		電話番号	英数	12	問い合わせ先の電話番号を設定する			
14		住所(カナ)	英数	75	問い合わせ先の住所(カナ)を設定する			
15		住所(漢字)	漢字	128	問い合わせ先の住所(漢字)を設定する			
16		名称1	漢字	40	問い合わせ先の市区町村名等を設定する			
17		名称2	漢字	40	問い合わせ先の部署名等を設定する			
18		備考	漢字	80	問い合わせ先の備考を設定する			
19	計算結果送付先情報	郵便番号	数字	7	高額介護合算療養費計算結果送付先の郵便番号を設定する			
20		電話番号	英数	12	高額介護合算療養費計算結果送付先の電話番号を設定する			

項番	項目名		属性	バイト数	内容	必須入力 ¹		備考
						新規	変更	
2 1	計算結果送付先情報	住所	漢字	1 2 8	高額介護合算療養費計算結果送付先の住所を設定する			
2 2		名称 1	漢字	4 0	高額介護合算療養費計算結果送付先の市区町村名等を設定する			
2 3		名称 2	漢字	4 0	高額介護合算療養費計算結果送付先の部署名等を設定する			
2 4	証明書発行者情報	発行者名	漢字	1 0 0	証明書発行者名(市町村長等)を設定する			高額医療合算介護サービス費支給処理を委託した場合、必須
2 5		郵便番号	数字	7	証明書発行者の郵便番号を設定する			
2 6		住所	漢字	1 2 8	証明書発行者の住所を設定する			

1 異動区分コードにより入力必須項目が異なる。(:必須)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」を参照。(P.42)

3 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」を参照。(P.31)

4 償還払給付額管理処理、高額介護サービス費支給処理、または、高額医療合算介護サービス費支給処理を委託した場合、必須とする。

5 各種支払支援処理を委託して、保険者単位に振込データ作成を行う場合、または、高額医療合算介護サービス費支給処理を委託して、保険者単位に振込データ作成を行う場合、必須とする。

このページは空白です。

(2) 共同処理用保険者異動連絡票情報 (償還払給付額管理処理情報)

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	英数	4	共同処理用保険者異動連絡票情報の識別番号を設定する			“5B11”固定
2	保険者番号	数字	6	保険者番号を設定する			3
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	異動年月日	数字	8	保険者の変更等が生じた年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を設定する			2
5	異動事由	数字	2	共同処理用保険者情報の異動事由を設定する			01 (固定値)
6	居宅介護福祉用具販売費支給限度基準額	数字	7	居宅介護福祉用具販売費支給限度基準額を設定する			S
7	居宅介護住宅改修費支給限度基準額	数字	8	居宅介護住宅改修費支給限度基準額を設定する			S
8	居宅支援福祉用具販売費支給限度基準額	数字	7	居宅支援福祉用具販売費支給限度基準額を設定する			S
9	居宅支援住宅改修費支給限度基準額	数字	8	居宅支援住宅改修費支給限度基準額を設定する			S

1 異動区分コードにより入力必須項目が異なる。(:必須)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」を参照。(P.42)

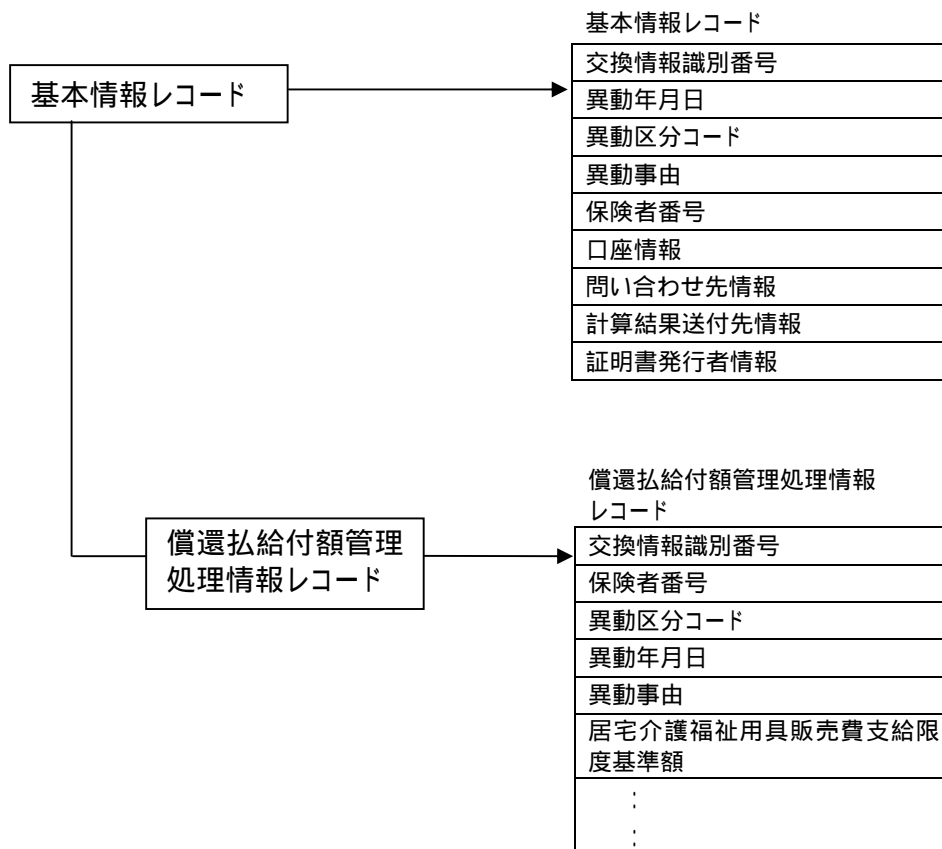
3 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」を参照。(P.31)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

共同処理用保険者異動連絡票情報



(3) 共同処理用保険者訂正連絡票情報 (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

(4) 共同処理用保険者訂正連絡票情報 (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

3.3.16 共同処理用保険者情報（出力情報）

(1) 共同処理用保険者情報更新結果情報（基本情報）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考	
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用保険者情報更新結果情報の識別番号を出力する	“5A31”固定	
2	異動年月日	数字	8	保険者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1	
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更	
4	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1	
5	訂正区分コード	数字	1	訂正区分コードを出力する	2	
6	異動事由	数字	2	共同処理用保険者情報の異動事由を出力する	2	
7	保険者番号	数字	6	保険者番号を出力する	2	
8	口座情報	金融機関コード	数字	4	保険者の口座の金融機関コードを出力する	2
9		金融機関支店コード	数字	3	保険者の口座の金融機関支店コードを出力する	2
10		口座種目	数字	1	保険者の口座の口座種目を出力する	2
11		口座番号	数字	7	保険者の口座の口座番号を出力する	2
12		口座名義人(カナ)	英数	40	保険者の口座の口座名義人(カナ)を出力する	
13		振込依頼人コード	数字	10	銀行が採番した振込依頼人識別のためのコードを出力する	
14	問い合わせ先情報	郵便番号	数字	7	問い合わせ先の郵便番号を出力する	
15		住所(カナ)	英数	75	問い合わせ先の住所(カナ)を出力する	
16		住所(漢字)	漢字	128	問い合わせ先の住所(漢字)を出力する	
17		電話番号	英数	12	問い合わせ先の電話番号を出力する	
18		名称1	漢字	40	問い合わせ先の市区町村名等を出力する	
19		名称2	漢字	40	問い合わせ先の部署名等を出力する	
20	備考	漢字	80	問い合わせ先の備考を出力する		
21	計算結果送付先情報	郵便番号	数字	7	高額介護合算療養費計算結果送付先の郵便番号を出力する	
22		電話番号	英数	12	高額介護合算療養費計算結果送付先の電話番号を出力する	
23		住所	漢字	128	高額介護合算療養費計算結果送付先の住所を出力する	
24		名称1	漢字	40	高額介護合算療養費計算結果送付先の市区町村名等を出力する	
25		名称2	漢字	40	高額介護合算療養費計算結果送付先の部署名等を出力する	
26	発行者情報	発行者名	漢字	100	証明書発行者名(市町村長等)を出力する	
27		郵便番号	数字	7	証明書発行者の郵便番号を出力する	
28		住所	漢字	128	証明書発行者の住所を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」を参照。(P.42)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」を参照。(P.31)

(2) 共同処理用保険者情報更新結果情報(償還払給付額管理処理情報)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用保険者情報更新結果情報の識別番号を出力する	“5B31”固定
2	異動年月日	数字	8	保険者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更
4	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1
5	訂正区分コード	数字	1	訂正区分コードを出力する	2
6	異動事由	数字	2	共同処理用保険者情報の異動事由を出力する	2
7	保険者番号	数字	6	保険者番号を出力する	2
8	居宅介護福祉用具販売費支給限度基準額	数字	7	居宅介護福祉用具販売費支給限度基準額を出力する	S
9	居宅介護住宅改修費支給限度基準額	数字	8	居宅介護住宅改修費支給限度基準額を出力する	S
10	居宅支援福祉用具販売費支給限度基準額	数字	7	居宅支援福祉用具販売費支給限度基準額を出力する	S
11	居宅支援住宅改修費支給限度基準額	数字	8	居宅支援住宅改修費支給限度基準額を出力する	S

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」を参照。(P.42)

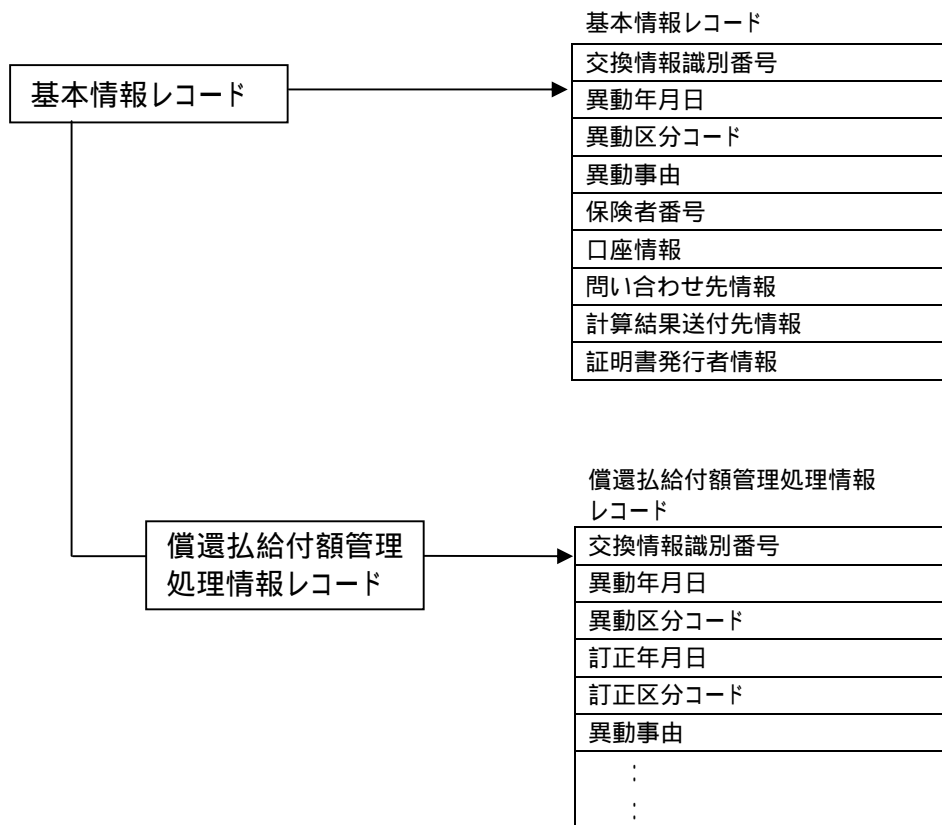
2 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」を参照。(P.31)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

共同処理用保険者情報更新結果情報



(3) 共同処理用保険者情報 (基本情報)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考	
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用保険者情報の識別番号を出力する	"5A41"固定	
2	異動年月日	数字	8	保険者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1	
3	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1	
4	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更	
5	異動事由	数字	2	共同処理用保険者情報の異動事由を出力する	2	
6	保険者番号	数字	6	保険者番号を出力する	2	
7	口座情報	金融機関コード	数字	4	保険者の口座の金融機関コードを出力する	2
8		金融機関支店コード	数字	3	保険者の口座の金融機関支店コードを出力する	2
9		口座種目	数字	1	保険者の口座の口座種目を出力する	2
10		口座番号	数字	7	保険者の口座の口座番号を出力する	2
11		口座名義人(カナ)	英数	40	保険者の口座の口座名義人(カナ)を出力する	
12		振込依頼人コード	数字	10	銀行が採番した振込依頼人識別のためのコードを出力する	
13	問い合わせ先情報	郵便番号	数字	7	問い合わせ先の郵便番号を出力する	
14		電話番号	英数	12	問い合わせ先の電話番号を出力する	
15		住所(カナ)	英数	75	問い合わせ先の住所(カナ)を出力する	
16		住所(漢字)	漢字	128	問い合わせ先の住所(漢字)を出力する	
17		名称1	漢字	40	問い合わせ先の市区町村名等を出力する	
18		名称2	漢字	40	問い合わせ先の部署名等を出力する	
19		備考	漢字	80	問い合わせ先の備考を出力する	
20	計算結果送付先情報	郵便番号	数字	7	高額介護合算療養費計算結果送付先の郵便番号を出力する	
21		電話番号	英数	12	高額介護合算療養費計算結果送付先の電話番号を出力する	
22		住所	漢字	128	高額介護合算療養費計算結果送付先の住所を出力する	
23		名称1	漢字	40	高額介護合算療養費計算結果送付先の市区町村名等を出力する	
24		名称2	漢字	40	高額介護合算療養費計算結果送付先の部署名等を出力する	
25	発行者情報	発行者名	漢字	100	証明書発行者名(市町村長等)を出力する	
26		郵便番号	数字	7	証明書発行者の郵便番号を出力する	
27		住所	漢字	128	証明書発行者の住所を出力する	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」を参照。(P.42)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」を参照。(P.31)

(4) 共同処理用保険者情報 (償還払給付額管理処理情報)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用保険者情報の識別番号を出力する	“5B41”固定
2	異動年月日	数字	8	保険者の変更等が生じた年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する	1
3	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1
4	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更
5	異動事由	数字	2	共同処理用保険者情報の異動事由を出力する	2
6	保険者番号	数字	6	保険者番号を出力する	2
7	居宅介護福祉用具販売費支給限度基準額	数字	7	居宅介護福祉用具販売費支給限度基準額を出力する	S
8	居宅介護住宅改修費支給限度基準額	数字	8	居宅介護住宅改修費支給限度基準額を出力する	S
9	居宅支援福祉用具販売費支給限度基準額	数字	7	居宅支援福祉用具販売費支給限度基準額を出力する	S
10	居宅支援住宅改修費支給限度基準額	数字	8	居宅支援住宅改修費支給限度基準額を出力する	S

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」を参照。(P.42)

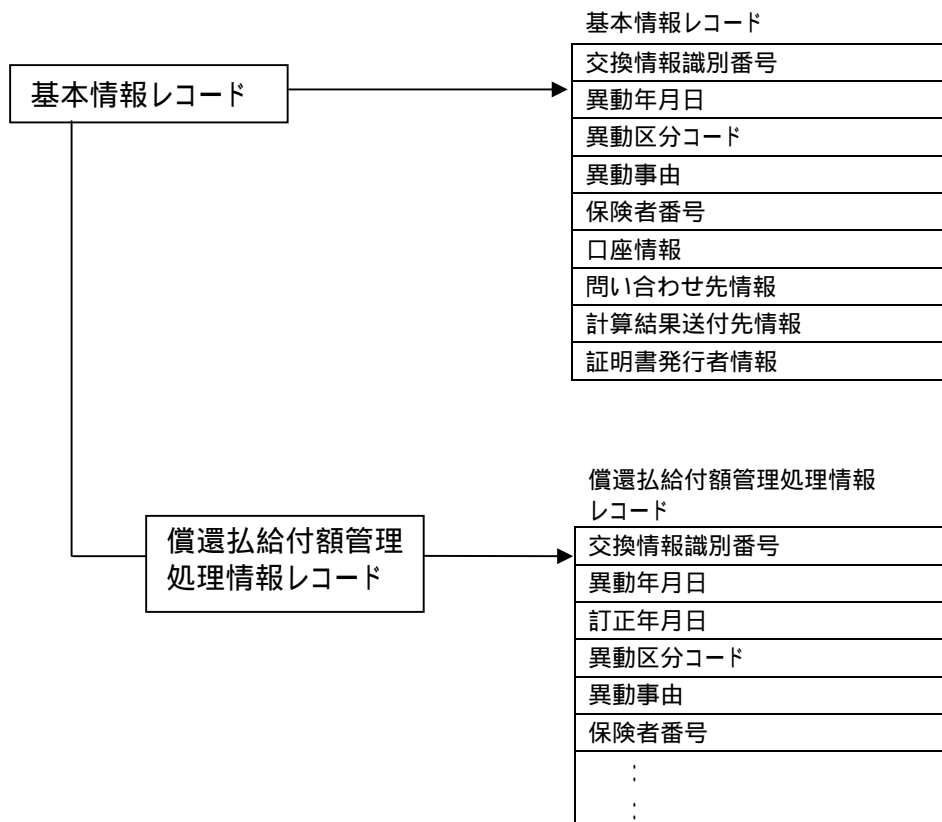
2 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」を参照。(P.31)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

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	英数	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 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

3 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

(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)

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	英数	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: 一部差止 2: 全部差止
10	保険給付支払の一時差止金額	数字	9	保険給付支払の一時差止金額を設定する	保険給付支払の一時差止区分コードが“1”の場合必須		S

1 異動区分コードにより入力必須項目が異なる。(: 必須)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項: 「年月日」欄」参照。(P.42)

3 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

5 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、 S が付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

(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	英数	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			5
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			3
11	利用者負担第2段階	数字	1	利用者負担第2段階に該当するか否かを設定する			3 4
12	支給申請書出力の有無	数字	1	支給申請書出力の有無を設定する			3 4

1 異動区分コードにより入力必須項目が異なる。(: 必須)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項: 「年月日」欄」参照。(P.42)

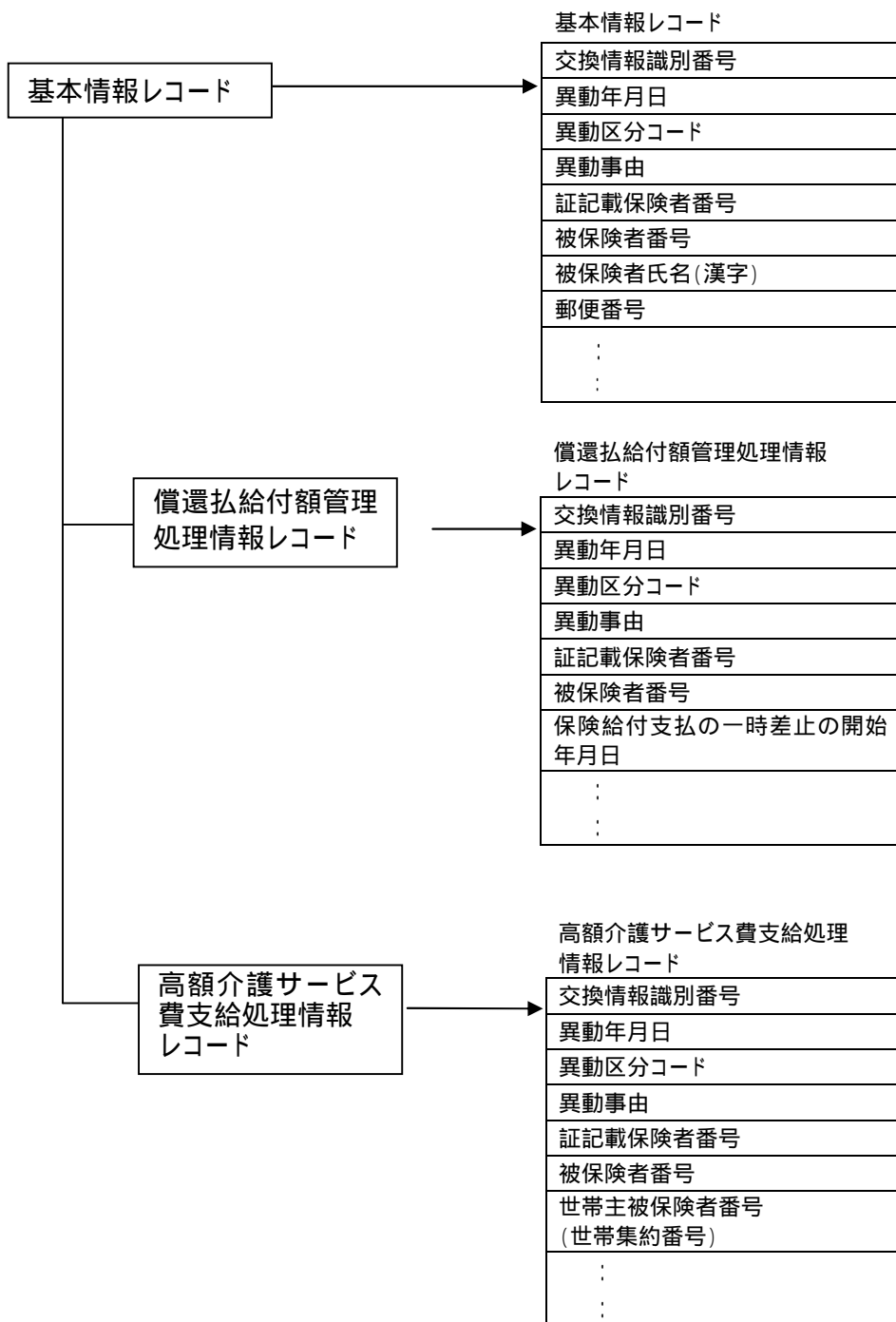
3 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

4 処理年月が平成17年11月以降の場合、設定する。なお、処理年月が平成17年10月以前の場合、本項目の設定は不要とし、旧インタフェースとする。設定された場合はエラーとして台帳への登録は行わない。また、異動年月日が平成17年9月30日以前の情報は、未設定であってもエラーとしない。設定している場合は、通常のチェックを行う。なお、項番11. 利用者負担第2段階について、未設定である場合は「1: 該当無し」として取り扱う。

5 ゼロ10桁(000000000)が設定された場合、エラーとする。

レコード構成図

共同処理用受給者異動連絡票情報



(1) 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

(2) 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

(3) 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	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用受給者情報更新結果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	1
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更
4	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1
5	訂正区分コード	数字	1	訂正区分コードを出力する	2
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	2
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	2
8	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	2
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	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」を参照。(P.42)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」を参照。(P.31)

(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)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用受給者情報更新結果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	1
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更
4	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1
5	訂正区分コード	数字	1	訂正区分コードを出力する	2
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	2
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	2
8	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	2
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	1
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	1
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	1:一部差止 2:全部差止
12	保険給付支払の一時差止金額	数字	9	保険給付支払の一時差止金額を設定する	S

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄を参照。(P.42)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」を参照。(P.31)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

(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	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用受給者情報更新結果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	1
3	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更
4	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1
5	訂正区分コード	数字	1	訂正区分コードを出力する	2
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	2
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	2
8	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	2
9	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	2
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	2
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	2
13	利用者負担第2段階	数字	1	利用者負担第2段階に該当するか否かを出力する	2 3
14	支給申請書出力の有無	数字	1	支給申請書出力の有無を出力する	2

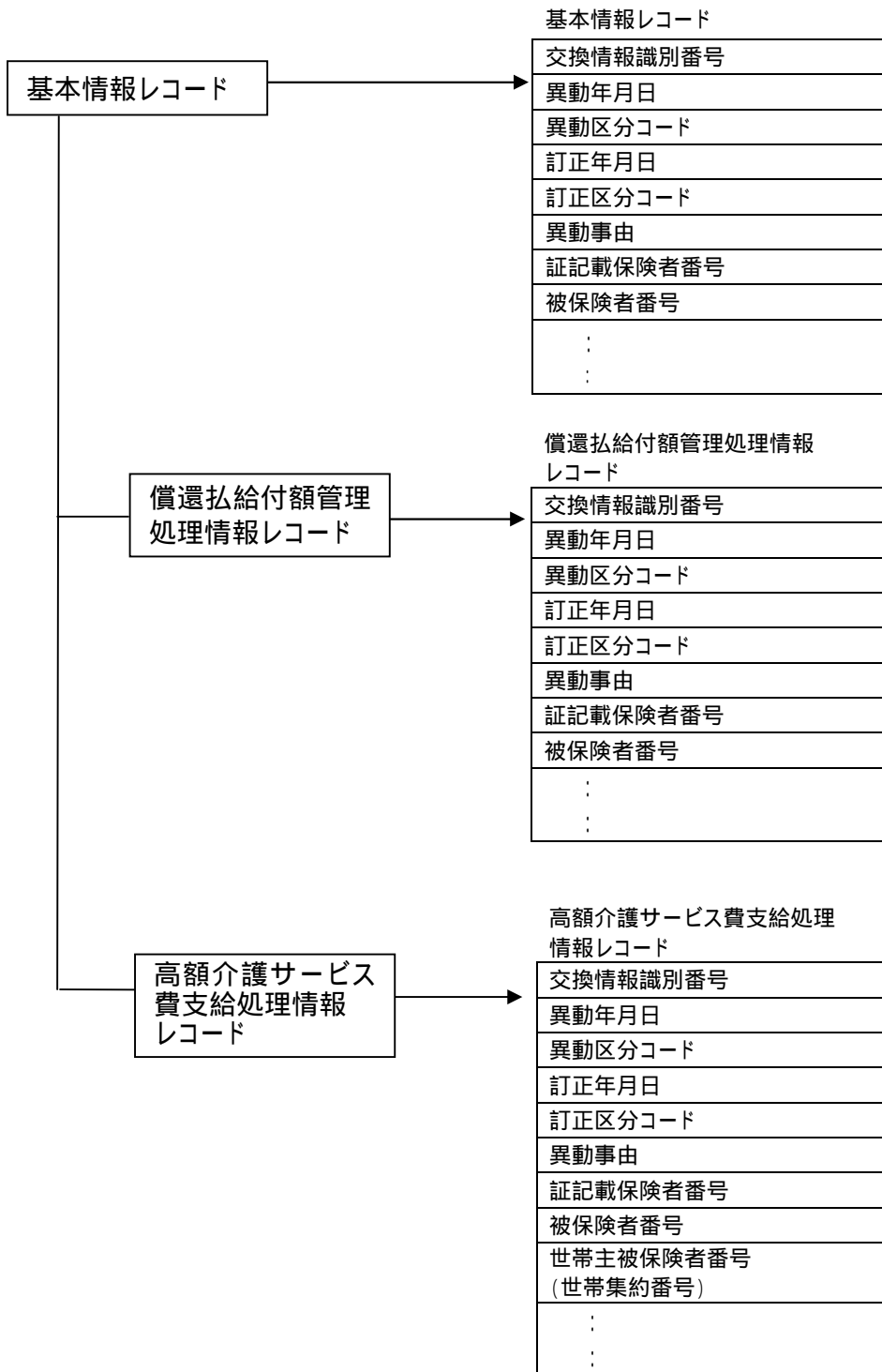
1 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」を参照。(P.42)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」を参照。(P.31)

3 異動年月日が平成17年9月30日以前の情報について、異動連絡票情報において未設定であった場合は「1:該当無し」を設定して出力する。

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	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用受給者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	1
3	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1
4	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更
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	2
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	2
7	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	2
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	

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」を参照。(P.42)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」を参照。(P.31)

(5) 共同処理用受給者情報 (償還払給付額管理処理情報)

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用受給者情報の識別番号を入力する	"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	1
3	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を設定する	1
4	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
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	2
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	2
7	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を設定する	2
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	1
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	1
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	1:一部差止 2:全部差止
11	保険給付支払の一時差止金額	数字	9	保険給付支払の一時差止金額を設定する	S

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」を参照。(P.42)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」を参照。(P.31)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

(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	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	共同処理用受給者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	1
3	訂正年月日	数字	8	訂正年月日を出力する	1
4	異動区分コード	数字	1	異動区分コードを出力する	1:新規 2:変更
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	2
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	2
7	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	2
8	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	2
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	2
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	2
12	利用者負担第2段階	数字	1	利用者負担第2段階に該当するか否かを出力する	2 3
13	支給申請書出力の有無	数字	1	支給申請書出力の有無を出力する	2

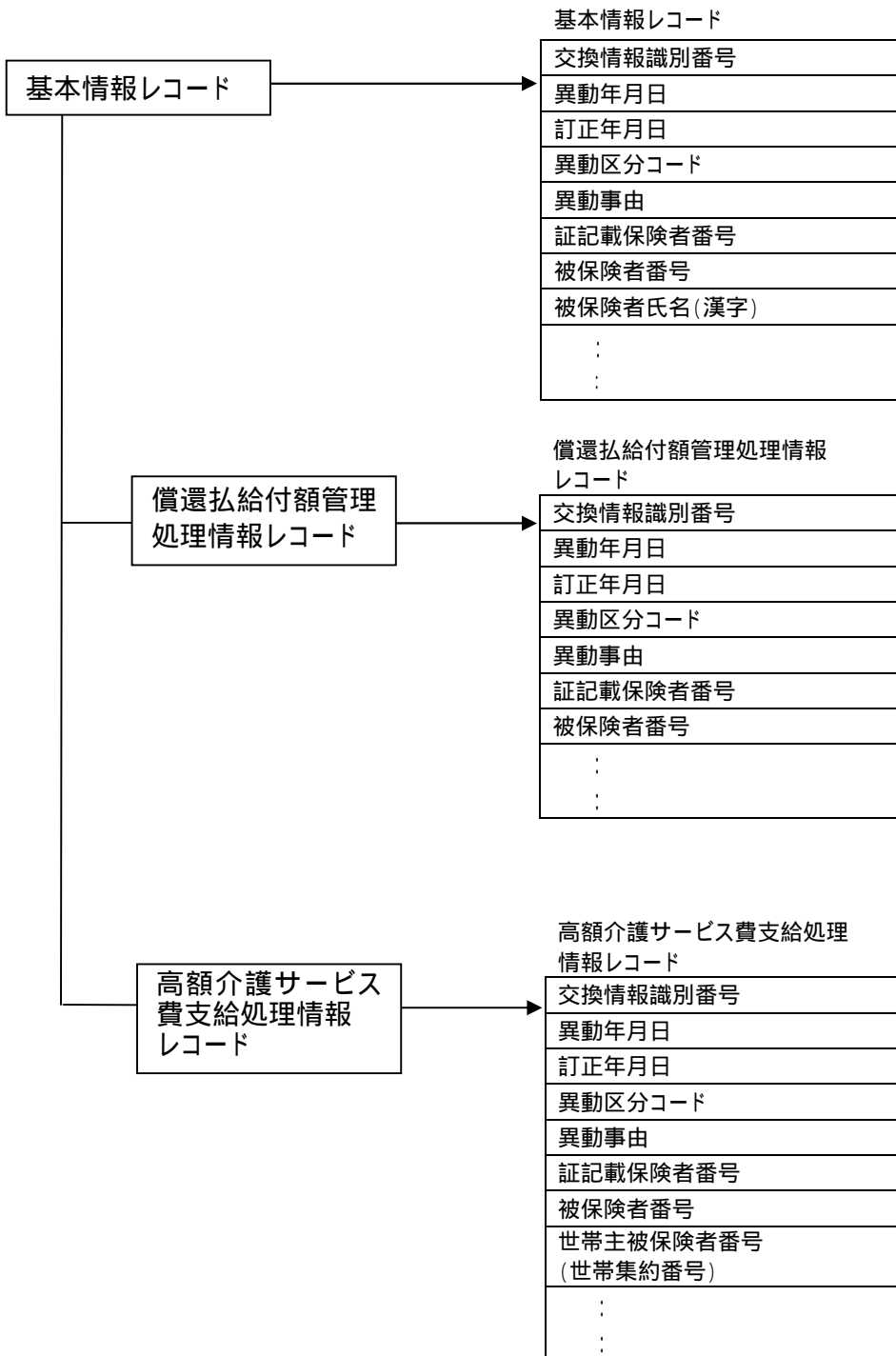
1 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」を参照。(P.42)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」を参照。(P.31)

3 異動年月日が平成17年9月30日以前の情報について、異動連絡票情報において未設定であった場合は「1:該当無し」を設定して出力する。

レコード構成図

共同処理用受給者情報



3.3.19 高額介護サービス費月別集計処理情報（出力情報）

（1）高額介護サービス費月別集計一覧表情報

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費月別集計一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3D11”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1”固定
3	対象年度	数字	4	高額介護サービス費月別集計一覧表情報の対象年度を出力する	1
4	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	2
5	保険者名	漢字	40	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
6	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日（西暦年月日（YYYYMMDD））を出力する	3
7	国保連合会名	漢字	30	国保連合会名を出力する	

1 「2017」と表記された場合、2017年8月サービス提供分～2018年7月サービス提供分の情報を出力する

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

3 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費月別集計一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3D11”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3	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出力する	
4	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
5	被保険者氏名（漢字）	漢字	40	被保険者氏名（漢字）を出力する	
6	情報区分	数字	2	情報区分を出力する	1
7	8月サービス提供分	数字	6	8月サービス提供分の金額を出力する	S
8	9月サービス提供分	数字	6	9月サービス提供分の金額を出力する	S
9	10月サービス提供分	数字	6	10月サービス提供分の金額を出力する	S
10	11月サービス提供分	数字	6	11月サービス提供分の金額を出力する	S
11	12月サービス提供分	数字	6	12月サービス提供分の金額を出力する	S
12	1月サービス提供分	数字	6	1月サービス提供分の金額を出力する	S
13	2月サービス提供分	数字	6	2月サービス提供分の金額を出力する	S
14	3月サービス提供分	数字	6	3月サービス提供分の金額を出力する	S
15	4月サービス提供分	数字	6	4月サービス提供分の金額を出力する	S
16	5月サービス提供分	数字	6	5月サービス提供分の金額を出力する	S
17	6月サービス提供分	数字	6	6月サービス提供分の金額を出力する	S
18	7月サービス提供分	数字	6	7月サービス提供分の金額を出力する	S
19	合計額	数字	8	合計額を出力する	S

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

・集計レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費月別集計一覧表情報の交換情報識別番号を出力する	“3D11”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“T1”固定
3	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出力する	
4	情報区分	数字	2	情報区分を出力する	1
5	合計額	数字	8	合計額を出力する	S

1 「インターフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

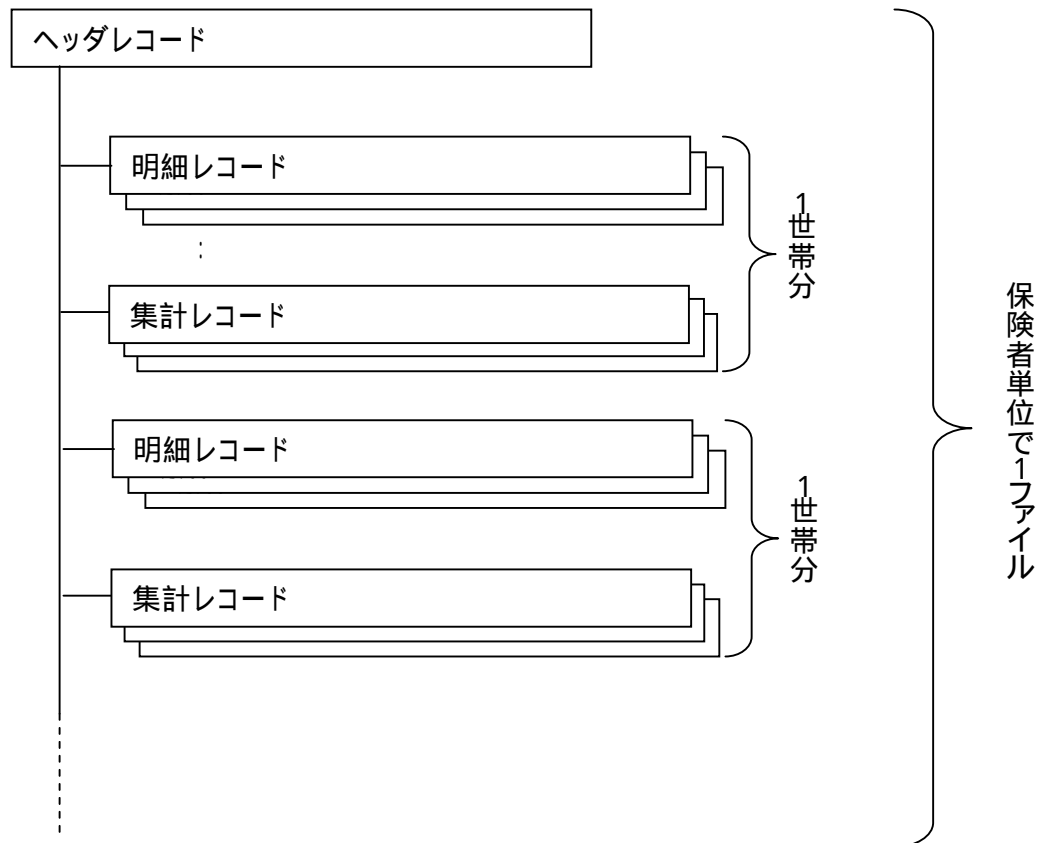
S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、 Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

高額介護サービス費月別集計一覧表情報

レコードの編綴(ファイル内の格納順序)



(2) 高額介護サービス費月別集計一覧表情報 (総合事業)

・ヘッダレコード

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費月別集計一覧表情報 (総合事業) の交換情報識別番号を出力する	“3D21”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“H1”固定
3	対象年度	数字	4	高額介護サービス費月別集計一覧表情報 (総合事業) の対象年度を出力する	1
4	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	2
5	保険者名	漢字	4 0	被保険者証記載の保険者番号に対応する保険者名を出力する	
6	作成年月日	数字	8	情報を作成した年月日 (西暦年月日 (YYYYMMDD)) を出力する	3
7	国保連合会名	漢字	3 0	国保連合会名を出力する	

- 1 「2017」は 2017 年 8 月サービス提供分～2018 年 7 月サービス提供分の情報を出力する
- 2 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)
- 3 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

・明細レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費月別集計一覧表情報（総合事業）の交換情報識別番号を出力する	“3D21”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“D1”固定
3	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出力する	
4	被保険者番号	英数	10	被保険者番号を出力する	1
5	被保険者氏名（漢字）	漢字	40	被保険者氏名（漢字）を出力する	
6	情報区分	数字	2	情報区分を出力する	1
7	8月サービス提供分	数字	6	8月サービス提供分の金額を出力する	S
8	9月サービス提供分	数字	6	9月サービス提供分の金額を出力する	S
9	10月サービス提供分	数字	6	10月サービス提供分の金額を出力する	S
10	11月サービス提供分	数字	6	11月サービス提供分の金額を出力する	S
11	12月サービス提供分	数字	6	12月サービス提供分の金額を出力する	S
12	1月サービス提供分	数字	6	1月サービス提供分の金額を出力する	S
13	2月サービス提供分	数字	6	2月サービス提供分の金額を出力する	S
14	3月サービス提供分	数字	6	3月サービス提供分の金額を出力する	S
15	4月サービス提供分	数字	6	4月サービス提供分の金額を出力する	S
16	5月サービス提供分	数字	6	5月サービス提供分の金額を出力する	S
17	6月サービス提供分	数字	6	6月サービス提供分の金額を出力する	S
18	7月サービス提供分	数字	6	7月サービス提供分の金額を出力する	S
19	合計額	数字	8	合計額を出力する	S

1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

・集計レコード（複数レコード）

項番	項目名	属性	バイト数	内容	備考
1	交換情報識別番号	英数	4	高額介護サービス費月別集計一覧表情報（総合事業）の交換情報識別番号を出力する	“3D21”固定
2	帳票レコード種別	英数	2	帳票レコード種別を出力する	“T1”固定
3	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出力する	
4	情報区分	数字	2	情報区分を出力する	1
5	合計額	数字	8	合計額を出力する	S

1 「インターフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

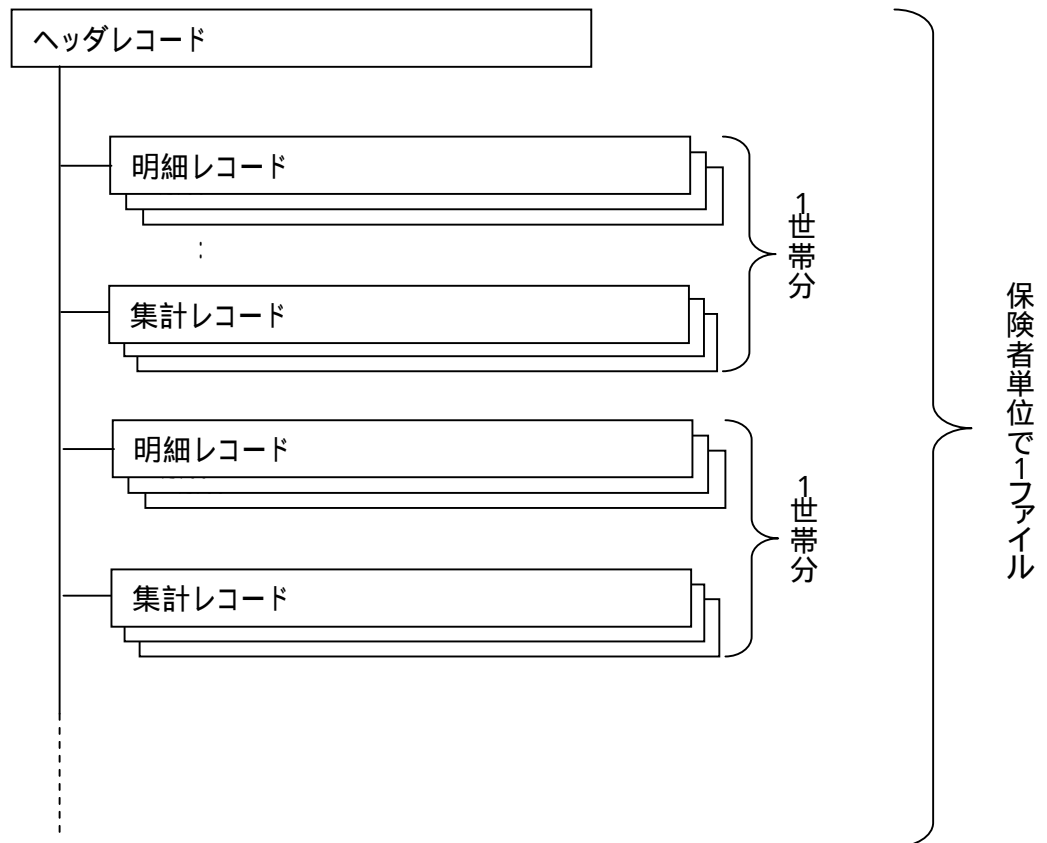
S 固定長形式で表現する場合の「符号付き形式項目」。

なお、 Sが付加されていない数字属性項目は、「符号なし形式項目」である。

レコード構成図

高額介護サービス費月別集計一覧表情報(総合事業)

レコードの編綴(ファイル内の格納順序)



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	高額介護サービス費支給処理(総合事業)	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	年間高額介護サービス費集計
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								
高額介護サービス費支給処理(総合事業)				7						
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										
年間高額介護サービス費集計				9	10					

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)

(8) 高額介護サービス費支給処理(総合事業)

同時委託必須業務

- ・高額介護サービス費支給処理 7

高額介護サービス費支給処理の委託を行わない場合、高額介護サービス費支給処理(総合事業)の委託が行えないこととなる。

(9) 年間高額介護サービス費集計

同時委託推奨業務

・高額介護サービス費支給処理 9

高額介護サービス費支給処理の委託を行わない場合、高額介護サービス費月別集計一覧表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。

・高額介護サービス費支給処理(総合事業) 10

高額介護サービス費支給処理(総合事業)の委託を行わない場合、高額介護サービス費月別集計一覧表(総合事業)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。

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	高額介護 サービス費 支給処理 (総合事業)	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	年間高額 介護 サービス費 集計
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・要支援認定有効期間終了のお知らせ

NXXXXXXXX
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
		被保険者氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
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
 NNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

電話番号 XXXXXXXXXXX

(999999)

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															
	(フリガナ)															
	氏名															
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			性別	1.男 2.女										
	要介護 状態区分	要支援 1・2 経過的要介護 要介護 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
----	----

償還払支給決定者一覧表

N29年29月審査分

NN29年29月29日 ZZZZ29 頁
NNNNNNNNNNNNNNNNNN

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	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	増減単	支払方法				
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
999999	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN	--,-,-,-,-9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			

償還払不支給決定者一覧表

NNZ9年Z9月審査分

NNZ9年Z9月Z9日 ZZZZZ9 頁

NNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	被保険者名		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
999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN						
	被保険者番号						
整理番号	被保険者氏名(漢字)						
999999	XXXXXXXXXX		NNZ9N Z9N	XXXXXXXXXX	XX		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX		NNZ9N Z9N	XXXXXXXXXX	XX		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX		NNZ9N Z9N	XXXXXXXXXX	XX		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
9999999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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

介護給付費通知書

NXXXXXXXX
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 様

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
NN

※この通知によって、支払を行う必要はありません。

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)
NN 29年 29月	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	29	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29年 29月	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	29	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29年 29月	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	29	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29年 29月	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	29	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29年 29月	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	29	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29年 29月	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	29	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29年 29月	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	29	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29年 29月	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	29	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29年 29月	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	29	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29年 29月	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	29	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29年 29月	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	29	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29年 29月	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	29	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。

NNNNNNNNNN 1 NNNNNNNNNNN 2 NNNNNNNNNNN 3 NNNNNNNNNNN 4 NNNNNNNNNNN 5
NNNNNNNNNN 1 NNNNNNNNNNN 2 NNNNNNNNNNN 3 NNNNNNNNNNN 4 NNNNNNNNNNN 5

(999999)

介護給付費通知書（続き）

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 様 （被保険者番号： XXXXXXXXXX）

NN 29年 Z9 月 ~ NN 29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）
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9
NN 29N Z9N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNN	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)

このページは空白です。

介護保険高額介護（予防）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							

介護保険高額介護（予防）サービス費給付判定結果（総合事業）

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. □座	2. 窓口									
不支給理由											

□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	□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												
□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

N NZ9年Z9月Z9日 ZZZZZ9頁

NNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号		保険者名						
999999		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN						
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	サービス費用 合計額 (円) 利用者負担額 (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
	被保険者氏名 (漢字)		事業所名	サービス種類名				
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	N NZ9N Z9N	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN

※(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

高額介護サービス費給付対象者一覧表（総合事業）

N N Z9年Z9月Z9日 ZZZZZ9

N N N N N N N N N N N N N N N N N N

保険者番号		保険者名									
999999		N N N N N N N N N N N N N N N N N N									
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		サービス費用合計額 (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
	被保険者氏名 (漢字)			事業所名		サービス種類名					
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	
999999	XXXXXXXXXX	N N Z9 N Z9 N	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	N N N N N N N N N N	

※(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

NXXXXXXXX
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN N

NN
NN

NN
 NNN
 NNN

記

フリガナ 被保険者氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	保険者番号	9 9 9 9 9 9					
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		被保険者番号	X	X	X	X	X	X
生年月日	NN 29 年 29 月 29 日								
サービス提供 年月	NN 29 年 29 月								
自己負担金額	ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 円						

NN
 NNN
 NNN

【提出・問い合わせ先】
 NXXXXXXXX
 NNN
 NNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

電話番号 XXXXXXXXXXX

(99999)

外字空白印字リスト(高額介護サービス費給付対象者)(総合事業) NN 29年 29月 29日 ZZZZZ9 頁

NNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号		保険者名	
999999		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
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	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
999999	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

- 451 - 1 -

高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表

N N Z9年Z9月Z9日 ZZZZ9頁

N N N N N N N N N N N N N N N N N N

保険者番号	保険者名	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								
999999	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	XXXXXX	N N Z9 N Z9 N	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				
		被保険者氏名(漢字)	決定年月				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	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												
999999	XXXXXX	N N N N N N N N N N N N N N N N N N	N N Z9 N Z9 N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN												

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN N

NN
NN

被保険者氏名	NN	被保険者番号	XXXXXXXXXXXX
サービス提供年月	NN 29 年 29 月		
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	999,999,999 円		
給付の種類	NN NN NN NN		
支給	N N N	NNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZ9 円
不支給の理由	NN NN		

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	NN
		口座種目	NNN
支払場所	NN	振込先	口座番号
支払期間	NN 29 年 29 月 29 日 NN 29 年 29 月 29 日 N N N 99 99 N 99 99		Z Z Z Z Z Z Z Z

問い合わせ先
 NXXXXXXXX
 NNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNN

 NNN NNN
 電話番号 XXXXXXXXXXX

- 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3箇月以内に、NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN長に対して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、この決定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、NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN長に対して提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求をすること及び決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

振込依頼書

NNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNN 様
 依頼人 NNNNNNNNNNNNNNNNNNN

提出日	年 月 日
頁 / 枚数	ZZZZZZZ9 / ZZZZZZZ9

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		件	
				合計		件	

* 種目
 普通預金...
 当座預金...
 その他 ...

振込依頼書 (総合事業)

NNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNN 様
 依頼人 NNNNNNNNNNNNNNNNNN

提出日	年	月	日
頁/枚数	ZZZZZZZ9 /		ZZZZZZZ9

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
NNNNNNNNNN NNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNN NNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNN NNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNN NNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNN NNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNN NNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNN NNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNN NNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNN NNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNN NNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNN NNNNN	X	9999999	(XXXXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
				小計	ZZZZZ9 件	ZZZ, ZZZ, ZZ9	件
				合計	ZZZZZ9 件	ZZZ, ZZZ, ZZ9	件

* 種目
 普通預金…フ
 当座預金…ト
 その他 …フ

介護予防・日常生活支援総合事業費払込請求書
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

平成 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	円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円

払込期限	平成 XX 年 XX 月 XX 日
送金先	NNNNNNNNNN
預金種目	NN 口座番号 XXXXXXXX
口座名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

平成 XX 年 XX 月 XX 日

NN
NN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNN
NNNN 国民健康保険団体連合会
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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	NNNNNNNNNNNNNNNNNN	複記
受取人	預金種目 NN 口座番号 XXXXXXX 金額 ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	礼照合印
フリガナ 氏名	XXX NNNNNNNNNNNNNNNNNN	
依頼人	フリガナ 氏名	(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	NNNNNNNNNNNN 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確定額(償還分)

審査年月 XX 年 XX
払込期限 XX 年 XX 月 XX 日

振込人・取扱銀行(保管)

出納済印または振替科目

領収書
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

平成 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	円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円
NNNNNNNNNN	.....-9 円

平成 XX 年 XX 月 XX 日

NN
NN

取扱店の領収印のないものは NNNN 国民健康保険団体連合会
無効です。 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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 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	円	口座番号	収入科目		
			数	項目	節
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX
NNNNNNNNNN	.....-9 円	XXXXXX	XX	XX	XX

振込人 取扱銀行	番号	XXXXXX
連合会	氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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	
				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	

- 461 -

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					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					

- 462 -

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
				NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN

共同処理用市町村特別給付情報

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	999999
-------	--------

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

- 464 -

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		
				NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月		99	日
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN
XXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日	NN

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										
住所			-																											

代表者

氏名																													職 名			
住所			-																													

法人種別

市町村番号 地域区分

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
---------	-----------

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																				

- 467 -

代表者

氏名																		職名		
住所																				

法人種別		
------	--	--

市町村番号																		地域区分
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------

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
---------	-----------

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
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	XXXXXXXXXX
-------	------------

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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		電話番号	XXXXXXXXXXXX
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		FAX番号	XXXXXXXXXXXX
住所	999-9999	XX		
		XXXXXXXXXXXX		
	NN			
NNNNNNNNNNNNNNNN				

代表者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		職名	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNN	
住所	999-9999	XX		
		XXXXXXXXXXXX		
	NN			
NNNNNNNNNNNNNNNN				

法人種別	99
------	----

市町村番号	999	地域区分	9
-------	-----	------	---

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
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	XXXXXXXXXX
サービスコード	XXXXXX

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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
住所	999-9999			
	XX			
	XXXXXXXXXXXXXXXXXX			
	NN			
	NN			
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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				
住所	999-9999	電話番号	XXXXXXXXXXXX	FAX番号	XXXXXXXXXXXX
	XX				
	XXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	NN				
	NN				
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
---------	---

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
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	XXXXXXXXXX
-------	------------

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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		電話番号	XXXXXXXXXXXX
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		FAX番号	XXXXXXXXXXXX
住所	999-9999	XX		
		XXXXXXXXXXXXXXX		
	NN			
NNNNNNNNNNNNNNNNNN				

- 471 -

代表者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		職名	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNN	
住所	999-9999	XX		
		XXXXXXXXXXXXXXX		
	NN			
NNNNNNNNNNNNNNNNNN				

法人種別	99
------	----

市町村番号	999	地域区分	9
-------	-----	------	---

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
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	XXXXXXXXXX
サービスコード	XXXXXX

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

管理者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
住所	999-9999		
	XX		
	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	NN		
	NN		
	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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
住所	999-9999	電話番号	XXXXXXXXXXXX
	XX		
	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	NN		
	NN		
	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
---------	---

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								

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		
金融機関コード	支店コード	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					
備考					

計算結果送付先情報						償還払給付額管理処理情報					
名称 1						支給 限度 基準 額	居宅介護福祉用具購入費				
名称 2							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				
住所											

証明書発行者情報											
発行者名											
住所											

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								
訂正年月日	平成								

口座情報

金融機関コード	支店コード	1.銀行 2.信用金庫 3.信用組合	口座番号	1.本店 2.支店 3.出張所
		1.普通預金 2.当座預金 9.その他		
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

基準 支 給 限 度 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								

計算結果送付先情報

名称1																			
名称2																			
住所	電話番号																		

証明書発行者情報

発行者名																			
住所																			

共同処理用保険者情報更新結果

保険者名	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	

保険者番号	999999
-------	--------

異動区分	9	異動事由	99
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

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
金融機関コード	支店コード	口座種目	口座番号				
9999	- 999	NNN	9999999				
口座名義人(カナ)	XX						
振込依頼人コード	9999999999						

問い合わせ先情報

名称1	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN						
名称2	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN						
住所	999-9999		電話番号	XXXXXXXXXXXX			
	XX						
	NN						
備考	NN						

償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額	居宅介護福祉用具販売費	9,999,999
	居宅介護住宅改修費	99,999,999
	居宅支援福祉用具販売費	9,999,999
	居宅支援住宅改修費	99,999,999

計算結果送付先情報

名称1	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN						
名称2	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN						
住所	999-9999		電話番号	XXXXXXXXXXXX			
	NN						
	NN						

証明書発行者情報

名称	NN						
住所	999-9999						
	NN						

- 475 -

共同処理用保険者情報

NN99年99月99日 ZZZZ9 頁
NNNNNNNNNN国保連合会名

保険者名	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	

保険者番号	999999
-------	--------

異動区分	9	異動事由	99
------	---	------	----

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

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
金融機関コード	支店コード	口座種目	口座番号
9999	- 999	NNN	9999999
口座名義人(カナ) XXX			
振込依頼人コード	9999999999		

問い合わせ先情報

名称1	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
名称2	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
住所	999-9999	電話番号	XXXXXXXXXX
	XX		
	NN		
備考	NN		

償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額	居宅介護福祉用具販売費	9,999,999
	居宅介護住宅改修費	99,999,999
	居宅支援福祉用具販売費	9,999,999
	居宅支援住宅改修費	99,999,999

計算結果送付先情報

名称1	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
名称2	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
住所	999-9999	電話番号	XXXXXXXXXX
	NN		
	NN		

証明書発行者情報

名称	NN		
住所	999-9999		
	NN		

- 476 -

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

証記載 保険者番号										
被保険者番号										

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		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	1:一般 2:市町村民税世帯非課税者等 3:生活保護 4:現役並み所得相当							
所得区分	1:一般 2:市町村民税非課税者等			3:生活保護 4:現役並み所得相当			利用者負担第2段階	1:該当無し 2:該当有り
高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

- 477 -

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	1:一般 2:市町村民税世帯非課税者等 3:生活保護 4:現役並み所得相当				
所得区分	1:一般 2:市町村民税非課税者等 3:生活保護 4:現役並み所得相当			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

国保連→保険者

高額介護サービス費月別集計一覧表

N N Z9年 Z9月 Z9日 ZZZZZ9

N N N N N N N N N N N N N N N N N N

対象年度	保険者番号	保険者名	8月分	9月分	10月分	11月分	12月分	1月分	2月分	3月分	4月分	5月分	6月分	7月分	合計	
N N N N年度	999999	N N N N N N N N N N N N N N N N N N														
世帯主 被保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名 (漢字)	情報区分													
			情報区分名称													
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	Z9	ZZZ, ZZ9	ZZZ, ZZ9	ZZZ, ZZ9	ZZZ, ZZ9	ZZZ, ZZ9	ZZZ, ZZ9	ZZZ, ZZ9	ZZZ, ZZ9	ZZZ, ZZ9	ZZZ, ZZ9	ZZZ, ZZ9	ZZZ, ZZ9	ZZ, ZZZ, ZZ9
	N N N N N N N N N N N N N N N N N N		ZZZ, ZZ9													

要介護認定期限到来者一覧表

平成27年4月7日 1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

期限到来年月： 平成27年5月

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
4820XX		××市					
No.	被保険者番号	被保険者氏名 (カナ) 被保険者氏名 (漢字)					
000001	14207700XX	加江 知子 介護 太郎		〒123-45XX 〇〇県××市1-2-3	012-345-6789	要支援 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 27 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	カイゴ 太郎
		被保険者氏名	介護 太郎
要介護認定期間	平成 27 年 4 月 1 日 ~ 平成 27 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
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	
	個人番号		生年月日	昭和 12年 1月 1日	
	フリガナ	カゴ 太郎		性別 男	
	氏名	介護 太郎			
	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 要支援 1 有効期間 平成 29年 7月 1日 から 平成 29年 12月 31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		
無		介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名			
提出 代 行 者	名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・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			

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、_____市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員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

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)	住所 (カナ)
		被保険者氏名 (漢字)	住所 (漢字)
000002	14207700XX	加コ ハナ 介護 子	マルマルケハ ヲ ヲ ヲ ヲ ヲ 県 × × 市 × × × 2 - 3 - 4

- 484 -

償還連絡票フォーマット

保険者 番号	9	0	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	2	7	年	5	月	6	日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---

平成	2	7	年	4	月分
----	---	---	---	---	----

被 保 険 者	被保険者 番号	1 4 2 7 0 0 0 2 X X							
	(フリガナ)	カノ 知ウ							
	氏名	介護 太郎							
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			性 別	1.男 2.女			
	要介護 状態区分	要支援1・2 経過的要介護・要介護・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	振込先	口座番号	1 2 3 4 5 X X
		口座名義人	カノ 知ウ

合 計 額	保険請求額	9	0	0	0	0
	自己負担額	1	0	0	0	0

3	枚中	1	枚目
---	----	---	----

償還払支給決定者一覧表

平成27年9月審査分

平成27年10月12日 1 頁
国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名		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 増減単	支払金額	備考	支払日 または 振込日
9034XX	市			事業所名称	サービス種類名		支払方法		
整理番号	被保険者番号	被保険者氏名(漢字)							
000001	14207700XX		平成27年8月	9034567890	41				
20000477XX	介護 太郎			(株)介護保険サービス事業者	特定福祉用具販売	x x x	口座		
000002	14283941XX		平成27年8月		42				
20000484XX	保険 花子				住宅改修	x x x	窓口		

介護保険償還払支給（不支給）決定通知書

〒123-45XX 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 28 年 4 月		
受付年月日	平成 28 年 5 月 1 日	決定年月日	平成 28 年 7 月 15 日
本人支払額	XX,XXX 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	金融機関	銀行
			本店
支払場所		振込先	口座種目
			普通
			口座番号
			1 2 3 4 5 X X
支払期間		口座名義人	カ行 〇〇

問い合わせ先
〒123-45XX
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3箇月以内に、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、審査請求に対する判決を経て、判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、××市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箇月を経過しても判決がないとき。
 - (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) その他判決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する判決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

(00001)

振込依頼書

銀行 _____ 様
 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	㊦	12345XX	(14207700XX) カゴ 夕叻	50,000			
銀行 支店	㊦	34567XX	(14207800XX) カゴ シ叻	30,000			
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
小計				2 件	80,000	件	
合計				2 件	80,000	件	

* 種目
 普通預金...
 当座預金...
 その他 ...

介護給付費通知一覧表

平成27年7月1日

〇〇県国民健康保険団体連合会

集計期間： 平成27年4月 ～ 平成27年5月

保険者番号		保険者名						
4820XX		××市						
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)
000001	14207700XX	加江 如才 介護 太郎	4月	4810100011 訪問介護事業所	11 訪問介護	18,000	2,000	
				4810200022 訪問看護事業所	13 訪問看護	9,000	1,000	
			5月	4810100011 訪問介護事業所	11 訪問介護	18,000	2,000	
				4810200022 訪問看護事業所	13 訪問看護	9,000	1,000	
				4810200993 福祉用具貸与事業所	17 福祉用具貸与	216,000	24,000	
			合計			270,000	30,000	

介護給付費通知書

〒123-4567
 ○○県××市×××1-2-3△△
 ABCマンション 505号室

加[〃] 如
 介護 太郎 様

被保険者番号： 4800000001

あなたの 平成 27 年 6 月 ～ 平成 27 年 7 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】

〒123-9876
 ○○県××市×××9-8-7

×××市

介護保険課

電話番号 012-345-6789

※この通知によって、支払を行う必要はありません。

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 27年 6月	訪問介護事業所	身体介護 I	2		
	訪問介護事業所	訪問介護	2	2,000	20,000
	特別養護老人ホーム介護園	福祉施設 I 1	28		
	特別養護老人ホーム介護園	介護福祉施設	28	18,956	189,560
		合計		20,956	209,560
平成 27年 7月	訪問介護事業所	身体介護 I	1		
	訪問介護事業所	訪問介護	1	1,000	10,000
	介護療養型医療施設	療養型施設 I 1	30		
	介護療養型医療施設	介護医療施設	30	24,600	246,000
	介護器具販売所	特定福祉用具販売		2,000	20,000
	居宅介護支援事業所	居宅介護支援			8,500
		合計		27,600	284,500

※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。
 このお知らせは、サービス利用後事業所からの請求に基づき支払が行われた分について作成しています。
 保険対象外サービス分に対する支払は含まれません。

(000001)

介護給付費通知書（続き）

介護 太郎 様 （被保険者番号： 4800000001 ）

平成 27年 6月 ～ 平成 27年 7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 27年 6月	訪問介護事業所	身体介護 1	2		
	訪問介護事業所	訪問介護	2	2,000	20,000
	特別養護老人ホーム介護園	福祉施設 1 1	28		
	特別養護老人ホーム介護園	介護福祉施設	28	18,956	189,560
		合計		20,956	209,560
平成 27年 7月	訪問介護事業所	身体介護 1	1		
	訪問介護事業所	訪問介護	1	1,000	10,000
	介護療養型医療施設	療養型施設 1 1	30		
	介護療養型医療施設	介護医療施設	30	24,600	246,000
	介護器具販売所	特定福祉用具販売		2,000	20,000
	居宅介護支援事業所	居宅介護支援			8,500
		合計		27,600	284,500

※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 ）

介護給付費通知書（福祉用具貸与品目）

介護 太郎

様 （被保険者番号： 14207700XX ）

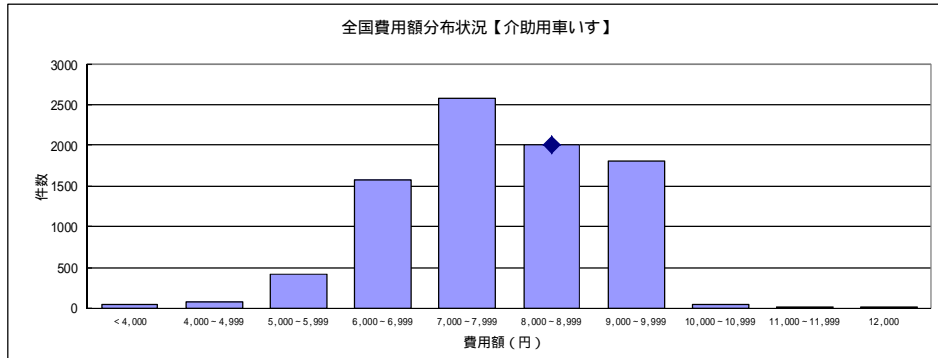
このお知らせは、あなたが利用する製品と同じものの費用額の分布と、あなたの費用額が分布のどこに位置するかを知っていただくためのものです。

平成 27年 4月分

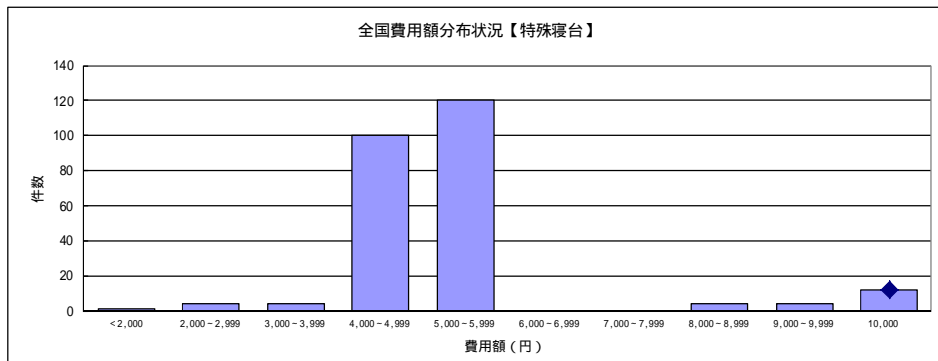
【あなたが利用した福祉用具と費用】

サービス事業所	TAISコード	福祉用具商品名	費用額
福祉用具貸与事業所	99999-999999	介助用車いす	8,000
福祉用具貸与事業所	99999-999999	特殊寝台	10,500
福祉用具貸与事業所	99999-999999	特殊寝台付属品	2,000

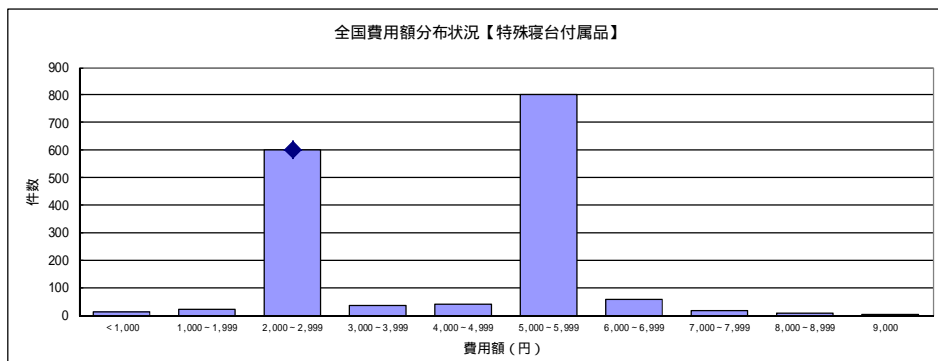
参考情報



	全国	都道府県	保険者
請求件数	10,000	1,000	100
最低費用額	2,000	2,500	2,000
最頻費用額	7,500	7,500	7,000
最高費用額	120,000	100,000	100,000
平均費用額	12,220	10,250	9,700



	全国	都道府県	保険者
請求件数	500	80	10
最低費用額	1,000	1,000	1,000
最頻費用額	5,500	5,500	5,000
最高費用額	12,500	11,500	11,000
平均費用額	4,500	4,167	4,000



	全国	都道府県	保険者
請求件数	2,000	500	10
最低費用額	500	1,000	2,000
最頻費用額	5,500	5,500	5,000
最高費用額	10,000	10,000	9,500
平均費用額	3,500	3,667	3,833

費用額は、あなたが福祉用具をレンタルされた際にお支払いになった金額と保険給付額の合計額を記載しています。（特別地域加算分を除く。）

右の表では、あなたが借りている福祉用具と同一製品の貸与価格について、全国、都道府県、保険者それぞれの範囲での、「最低費用額（最も安い価格）」、「最頻費用額（最も請求の多い価格）」、「最大費用額（最も高い価格）」、「平均費用額（平均値）」を表しています。

また、費用額には、搬出入費、メンテナンス費等のサービス費用が含まれている場合もあり、また、価格の分布状況等により平均費用額等が必ずしも代表値とはいえない場合があります。

グラフでは、同一製品の価格について、それぞれの価格幅（横軸）について、どれくらい貸与されているのか（縦軸）を示しており、更にあなたが借りた価格（点）も示しています。なお、適正価格を表したものではありません。

右の表の都道府県および保険者について、被保険者所在の都道府県および保険者ごとに集計した情報が存在しない場合は、請求件数、最低費用額、最頻費用額、最高費用額、平均費用額は「-」（ハイフン）で表示されます。

(000001)

このページは空白です。

介護保険高額介護（予防）サービス費給付判定結果

平成 18 年 3 月

フリガナ	かご 知ゆ		保険者番号			0	4	2	0	X	X		
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
受付年月日	平成 18 年 5 月 10 日		性別	男									
決定年月日	平成 18 年 5 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		かご 知ゆ										
	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										

介護保険高額介護（予防）サービス費給付判定結果（総合事業）

平成 28 年 11 月

フリガナ	加代 知		保険者番号	0 4 2 0 X X	
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	
受付年月日	平成 28 年 11 月 10 日		性別	男	
決定年月日	平成 28 年 11 月 29 日				
本人支払額	〇〇、〇〇〇 円				
支給区分コード	①. 支給 2. 不支給	支給金額	〇〇、〇〇〇 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	〇〇	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		加代 知										
	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							

高額介護サービス費給付対象者一覧表

平成27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							
4820XX	××市							
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	サービス費用合計額 (円)	算定基準額 (B) (円)	高額支給額 ※ (A)-(B)-(C) (円)	備考
	被保険者氏名 (漢字)		事業所名	サービス種類名	利用者負担額 (A) (円)	支払済金額 (C) (円)		
000001	14207700XX 介護 太郎	平成27年1月	4810100011 訪問介護事業所	11 訪問介護	20,000 2,000			
			4810200022 訪問看護事業所	13 訪問看護	10,000 1,000			
			4810200093 福祉用具貸与事業所	17 福祉用具貸与	240,000 24,000			
		計			270,000 27,000	24,600 0	2,400	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 FDAL01(3311)

高額介護サービス費給付対象者一覧表（総合事業）

平成28年10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								
4820XX	××市								
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	サービス費用合計額 (円)	算定基準額 (B) (円)	高額支給額 ※ (A)-(B)-(C) (円)	備考	
	被保険者氏名 (漢字)		事業所名	サービス種類名	利用者負担額 (A) (円)	支払済金額 (C) (円)			
000001	14207700XX 介護 太郎	平成28年9月	48A2101126 訪問型独自事業所	A2 訪問型独自	90,000 9,000				
			48A2101126 通所型独自事業所	A6 通所型独自	80,000 8,000				
		計			170,000 17,000	16,600 0	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 FDAL05(3351)

〒123-45XX 県××市××× 1 - 2 - 3	
介護 太郎	様

高額介護（予防）サービス費給付のお知らせ

下記のとおり、介護保険法第51条もしくは第61条等による高額介護（予防）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	カゴ 太郎	男	保険者番号	4 8 2 0 X X								
	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 10 年 11 月 15 日											
サービス提供 年月	平成 28 年 8 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（予防）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
県××市 1 - 2 - 3

××市 介護保険課
電話番号 XXX(XXX)XXXX

(000001)

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

平成 29 年 8 月

フリガナ	カゴ 知			保険者番号					4	8	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	10	年	11	月	16	日	生	性別	男	個人番号				
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					
											個人番号				
世帯構成	世帯主														
	世帯員														
様 上記のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 氏名 印															

注意 ・今回の支給以降、高額介護（予防）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（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護（予防）サービス費を下記の口座に振り込んでください。

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		有・無 給付割合	
2 合算			

(000001)

高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表

	保険者番号	保険者名							
	4820XX	××市							
No.	被保険者番号	被保険者氏名(漢字)	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
			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 □座番号 □座名義人		
000001	14207700XX 介護 太郎		平成27年4月 平成27年7月	可	30,000 5,400	口座	介護銀行 本店 普通 12345XX カイゴ'如ウ		
000002	14283941XX 保険 花子		平成27年4月 平成27年7月	可	16,000 1,000	窓口	窓口 平成27年8月11日～平成27年8月28日 午前 9:00～午後 5:00		

- 500 -

高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表 (総合事業)

保険者番号	保険者名									
4820XX	××市									
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	振込先情報	
							種目	口座番号	口座名義人	
000001	14207700XX 介護 太郎	平成28年8月 平成28年11月	可	30,000 5,400		<input type="checkbox"/> 座	介護銀行 本店			
000002	14283941XX 保険 花子	平成28年8月 平成28年11月	可	16,000 1,000		<input type="checkbox"/> 窓	介護銀行 本店			
							普通 12345XX	おたけ		
							普通 12345XX	おたけ		

高額介護（予防）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 28 年 4 月						
受付年月日	平成 28 年 5 月 1 日	決定年月日	平成 28 年 7 月 15 日				
本人支払額	30,000 円						
給付の種類	高額介護サービス費						
支給	す	る	支給金額	5,400 円			
不支給の理由							

支 払 方 法																			
		口 座 払																	
お持ち いただく の	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">金融機関</td> <td colspan="3">〇〇銀行 本店</td> </tr> <tr> <td>口座種目</td> <td colspan="3">普通</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td colspan="3">1 2 3 4 5 X X</td> </tr> <tr> <td>口座名義人</td> <td colspan="3">かご ほか</td> </tr> </table>	金融機関	〇〇銀行 本店			口座種目	普通			口座番号	1 2 3 4 5 X X			口座名義人	かご ほか		
金融機関	〇〇銀行 本店																		
口座種目	普通																		
口座番号	1 2 3 4 5 X X																		
口座名義人	かご ほか																		
支払場所																			
支払期間																			

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3箇月以内に、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な理由があるとき。

3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求ができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

(000001)

高額介護（予防）サービス費支給（不支給）決定通知書（総合事業）

〒123-45XX ○○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 28 年 8 月		
受付年月日	平成 28 年 9 月 1 日	決定年月日	平成 28 年 11 月 15 日
本人支払額	30,000 円		
給付の種類	介護予防生活支援サービス事業費		
支給	する	支給金額	5,400 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	金融機関	○○銀行 本店
支払場所	振込先	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	たご 太郎

問い合わせ先
 〒123-45XX
 ○○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3箇月以内に、××市長に対して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、この決定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、××市長に対して提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求をすること及び決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

(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		
	被保険者番号	被保険者氏名(カナ)		住所(カナ)
		被保険者氏名(漢字)		住所(漢字)
000002	14207700XX	カノ ハコ	マルマルケンハ ツハ ツシハ ツハ ツハ ツ	
		介護 子	県××市×××2-3-4	

振込依頼書

銀行 _____ 様
 支店 _____ 市
 依頼人 _____

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	7	12345XX	(14207700XX) カゴ 知	50,000			
銀行 支店	7	34567XX	(14207800XX) カゴ ジ	30,000			
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			小計	2 件 80,000	件		
			合計	2 件 80,000	件		

* 種目
 普通預金...7
 当座預金...ト
 その他 ...7

振込依頼書（総合事業）

◇◇銀行
 ◆◆◆支店
 依頼人 △△市

提出日	年 月 日
頁/枚数	1 / 1

取組指定日
年 月 日

- 502 - 1 -

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	㊦	12345XX	(14207700XX) カゴ 知	50,000			
◎◎銀行 〇〇〇支店	㊦	34567XX	(14207800XX) カゴ シ	30,000			
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
			()				
	小計		2 件	80,000		件	
	合計		2 件	80,000		件	

*種目
 普通預金…㊦
 当座預金…ト
 その他 …ㄥ

FDCL11 (3621)

介護給付費 払込請求書

市

殿

平成 27 年 5 月審査確定額（償還分）を下記のとおり払込み下さい。

金額	25,000 円	払込期限	平成 27 年 6 月 15 日
居室介護	1,000 円	送金先	× 銀行 支店
特例居室介護	1,000 円	預金種目	普通 口座番号 1234567
地域密着型介護	1,000 円	口座名	〒〒〒〒〒〒〒〒
特例地域密着型介護	1,000 円		
施設介護	1,000 円		
特例施設介護	1,000 円		
居室介護福祉用具	1,000 円		
居室介護住宅改修	1,000 円		
居室介護計画	1,000 円		
特例居室介護計画	1,000 円		
介護予防	1,000 円		
特例介護予防	1,000 円		
地域密着型予防	1,000 円		
特例地域密着型予防	1,000 円		
介護予防福祉用具	1,000 円		
介護予防住宅改修	1,000 円		
介護予防計画	1,000 円		
特例介護予防計画	1,000 円		
高齢介護	1,000 円		
高齢介護予防	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		
特定入所者予防	1,000 円		
特例特定入所者予防	1,000 円		

平成 27 年 6 月 15 日

理事長印

県 市 町 - -

県 国民健康保険団体連合会

理事長職務代行 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	× 銀行 支店	複記
受取人	預金種目 普通 口座番号 1234567 金額 25,000 円	礼照合印
	フリナガ 〒〒〒〒〒〒〒〒 氏名 県国民健康保険団体連合会	
依頼人	フリナガ 〒〒〒 氏名 市 殿	

(おねがい)
1. この振込は他の銀行と一緒に行うことなく個別にお取下さいます。

公金

備考	介護保険給付費の審査支払確定額（償還分）
	審査年月 27 年 5 月
	払込期限 27 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

領 収 書

市

殿

平成 27 年 5 月審査確定額（償還分）を下記のとおり領収いたしました。

金額	25,000 円	(取扱店)
居室介護	1,000 円	
特例居室介護	1,000 円	
地域密着型介護	1,000 円	
特例地域密着型介護	1,000 円	
施設介護	1,000 円	
特例施設介護	1,000 円	
居室介護福祉用具	1,000 円	
居室介護住宅改修	1,000 円	
居室介護計画	1,000 円	
特例居室介護計画	1,000 円	
介護予防	1,000 円	
特例介護予防	1,000 円	
地域密着型予防	1,000 円	
特例地域密着型予防	1,000 円	
介護予防福祉用具	1,000 円	
介護予防住宅改修	1,000 円	
介護予防計画	1,000 円	
特例介護予防計画	1,000 円	
高齢介護	1,000 円	
高齢介護予防	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	
特定入所者予防	1,000 円	
特例特定入所者予防	1,000 円	

平成 年 月 日

理事長印

取扱店の領収印のないものは無効です。

県 国民健康保険団体連合会

理事長職務代行 介護 太郎

振込人 取扱銀行 振込人

介護給付費 振込通知書

平成 27 年 5 月 審査分（償還分）

(経由)

県 国民健康保険団体連合会 殿

金額	25,000 円	口座番号	収入科目
居室介護	1,000 円	1234567	数 項 目 節
特例居室介護	1,000 円	1234567	02 01 01 01
地域密着型介護	1,000 円	1234567	02 01 02 01
特例地域密着型介護	1,000 円	1234567	02 01 03 01
施設介護	1,000 円	1234567	02 01 04 01
特例施設介護	1,000 円	1234567	02 01 05 01
居室介護福祉用具	1,000 円	1234567	02 01 06 01
居室介護住宅改修	1,000 円	1234567	02 01 07 01
居室介護計画	1,000 円	1234567	02 01 08 01
特例居室介護計画	1,000 円	1234567	02 01 09 01
介護予防	1,000 円	1234567	02 01 10 01
特例介護予防	1,000 円	1234567	02 02 01 01
地域密着型予防	1,000 円	1234567	02 02 02 01
特例地域密着型予防	1,000 円	1234567	02 02 03 01
介護予防福祉用具	1,000 円	1234567	02 02 04 01
介護予防住宅改修	1,000 円	1234567	02 02 05 01
介護予防計画	1,000 円	1234567	02 02 06 01
特例介護予防計画	1,000 円	1234567	02 02 07 01
市町村特別給付	1,000 円	1234567	02 02 08 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 07 01 01
特定入所者予防	1,000 円	1234567	02 07 02 01
特例特定入所者予防	1,000 円	1234567	02 07 03 01
特定入所者予防	1,000 円	1234567	02 07 04 01
特例特定入所者予防	1,000 円	1234567	02 07 05 01
高齢介護	1,000 円	1234567	02 04 01 01
高齢介護予防	1,000 円	1234567	02 04 02 01

振込人 取扱銀行 連合会

振込人	番号	800000
	氏名	〇 市

介護予防・日常生活支援総合事業費払込請求書
市 殿

平成 28 年 11 月審査確定額（償還分）を下記のとおり払込み下さい。

内 訳	金額	27,300 円	払込期限	平成 28 年 12 月 16 日
	サービス事業費	27,300 円	送金先	× 銀行 支店
		円	預金種目	普通 口座番号 1234567
		円	口座名	〒12345678901234567890
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		

平成 28 年 11 月 16 日

理事
長印

県 市 町 - - 号

県 国民健康保険団体連合会

理事長職務代行 介護 太郎 行

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 27,300 円	利照合印
フリガナ	〒12345678901234567890	
氏名	県国民健康保険団体連合会	
依頼人	フリガナ 氏名 市 殿	

(おねがい)
1. この振込は他の銀行と一筆にすることなく個別にお取扱下さい。

公金

備考
介護予防・日常生活支援総合事業費の審査支払確定額（償還分）
審査年月 28 年 11
払込期限 28 年 12 月 16 日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行（保管）

領 収 書

市 殿

平成 28 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。

内 訳	金額	27,300 円	(取扱店)
	サービス事業費	27,300 円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	

平成 年 月 日

理事
長印

取扱店の領収印のないものは 県 国民健康保険団体連合会 無効です。

理事長 介護 太郎 行

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 28 年 11 月 審査分（償還分）

(経由)

県 国民健康保険団体連合会 殿

内 訳	金額	27,300 円	口座番号	収入科目			
	サービス事業費	27,300 円	1234567	数	項	目	節
		円		05	01	01	01
		円					
		円					
		円					
		円					
		円					
		円					
		円					
		円					
		円					
		円					
		円					
		円					

振込人 取扱銀行 連合会

振込人	番号	900000
	氏名	市

振込者一覧表

保険者番号	保険者名		口座種目		口座番号	振込金額 (円)	備考
被保険者番号	被保険者氏名(力ナ)		金融機関名		口座名義人(力ナ)		
			金融機関支店名				
0420XX	××市						
04207700XX	銀行		普通		12345XX	10,000	償還払
力ナ 知	支店		力ナ 知				

- 505 -

振込不能者一覧表

保険者番号		保険者名		口座種目	口座番号	振込金額 (円)	備考
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				
0420XX			××市				
04207800XX	04207800XX カゴシマ	銀行		普通	23456XX	20,000	高額 取引なし
		支店		カゴシマ			

- 506 -

振込不能者一覧表 (総合事業)

保険者番号	保険者名						
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	
4820XX	××市						
48207800XX カ行*ジロ		◇◇銀行 ◆◆◆支店	普通 カ行*ジロ	23456XX	20,000	高額 取引なし	

- 506-1 -

主治医意見書料支払一覧表

平成27年5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										
4820XX	××市	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	意見書送付日	請求額 (円)	消費税額 (円)	支払額 (円)	消費税額 (円)	備考
		48102123XX 〇〇医療機関	00000012XX	平成27年4月1日	平成27年4月19日	平成27年4月20日	4,000	320	4,000	320	
		48102123XX 〇〇医療機関	01010101XX	平成27年4月1日	平成27年4月19日	平成27年4月20日	5,000	400	5,000	400	
		48102321XX ××医療機関	00100100XX	平成27年4月2日	平成27年4月20日	平成27年4月21日	4,000	320	4,000	320	施設、継続申請
		48102321XX ××医療機関	00200200XX	平成27年4月2日	平成27年4月20日	平成27年4月21日	3,000	240	3,000	240	

認定調査委託料支払一覧表

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		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					

- 508 -

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	18	年	04	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

- 509 -

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						
8111XX		XXXXXX	XXXXXX	平成		年		月		日	平成		年		月		日	有り
8122XX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	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	
				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	

共同処理用市町村特別給付訂正連絡票

平成 18 年 6 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	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
8111XX		XXXXXX	XXXXXXXX	平成	年	月	日	平成	年	月	日	有り
8122XX	× × × × ×	XXXXXX	XXXXXXXX	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	

- 510 -

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			
				平成	年	月	日	平成	年	月	日							
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	

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	
				平成	年	月	日	平成	年	月	日					
811111		XXXXXX	XXXXXX	平成	18	年	04	月	01	日	平成		年	月	日	有り
812222	x x x x x x	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	

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	13	年	04	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

申請（開設）者

氏名	シ	キ	ヨウシヤ	シ	ロウ															電話番号		0	1	2	-	3	4	5	-	6	7	X	X											
	事	業	者	二	郎															FAX番号		0	1	2	-	3	4	5	-	6	6	X	X											
住所	1	2	3	-	4	5	X	X	マ	ル	ケ	ン	ハ	ツ	ハ	ツ	シ	サ	ン	カ	ク	サ	ン	カ	ク	1	-	2	-	3														
					県	×	×	市					1	-	2	-	3																											

- 513 -

代表者

氏名	シ	キ	ヨウシヤ	イ	チ	ロウ															職 名																							
	事	業	者	一	郎															理	事																							
住所	1	2	3	-	4	5	X	X	マ	ル	ケ	ン	ハ	ツ	ハ	ツ	シ	サ	ン	カ	ク	サ	ン	カ	ク	1	-	2	-	3														
					県	×	×	市					1	-	2	-	3																											

法人種別	0	1
------	---	---

市町村番号	1	2	3	地域区分	1
-------	---	---	---	------	---

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	キ	ヨウ	シ	ハ	シ	ロウ																									
	事業者											二郎																				
住所	1	2	3	-	4	5	X	X																								
	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			-	2	-	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	キ	ヨウ	シ	ハ	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	ツ	ハ	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	0	4	2	0	X	X				
受領委任	<input checked="" type="radio"/> 1:なし <input type="radio"/> 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

- 5 1 4 -

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	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	05	月	10	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	
-------	--	--	--	------	--

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	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	06	月	10	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																												

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
---------	-----------

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	シギヨウシャ シロ		電話番号	023-456-77XX
	事業者 二郎		FAX番号	023-456-77XX
住所	123-45XX	マルマルケンバ ツバ ツジサカサカ1-2-3		
	県××市 1 - 2 - 3			

代表者

氏名	シギヨウシャ 伊吹		職名	
	事業者 一郎		理事	
住所	123-45XX	マルマルケンバ ツバ ツジサカサカ1-2-3		
	県××市 1 - 2 - 3			

法人種別	01
------	----

市町村番号	123	地域区分	1
-------	-----	------	---

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	ジギョウシャ ジロウ				
	事業者 二郎				
住所	123-45XX				
	マルマルケンパ ツバ ッサンカクサンカ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	ジギョウシャ 伊吹				
	事業者 一郎				
住所	123-45XX	電話番号	023-456-77XX	FAX番号	023-456-77XX
	マルマルケンパ ツバ ッサンカクサンカ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
---------	---

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	シギヨウシャ シロ			電話番号	023-456-77XX
	事業者 二郎			FAX番号	023-456-77XX
住所	123-45XX	マルマルケンバ ツバ ツシサカサカカ1-2-3			
	県××市	1 - 2 - 3			

代表者

氏名	シギヨウシャ 伊吹			職名	
	事業者 一郎			理事	
住所	123-45XX	マルマルケンバ ツバ ツシサカサカカ1-2-3			
	県××市	1 - 2 - 3			

法人種別	01
------	----

市町村番号	123	地域区分	1
-------	-----	------	---

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	ジギョウシャ ジロウ				
	事業者 二郎				
住所	123-45XX				
	マルマルケンパ ツバ ッサンカクサンカ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	ジギョウシャ 伊吹				
	事業者 一郎				
住所	123-45XX	電話番号	023-456-77XX	FAX番号	023-456-77XX
	マルマルケンパ ツバ ッサンカクサンカ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
---------	---

保険者 国保連

共同処理用保険者異動連絡票

平成 21 年 08 月 01 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 2 1 年 0 7 月 0 1 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
金融機関コード	支店コード	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 タロウ			
振込依頼人コード 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	1 2 3 - 4 5 X X	電話番号		0 1 2 - 3 4 5 - 1 2 X X															
	マルマルケンハ	ツハ	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

計算結果送付先情報

名称1	×	×	市																
名称2	介	護	保	険	課														
住所	1 2 3 - 4 5 X X	電話番号		0 1 2 - 3 4 5 - 1 2 X X															
	県	×	×	市					1 - 1 - 1										

証明書発行者情報

発行者名			市	長															
住所	1 2 3 - 4 5 X X	電話番号		0 1 2 - 3 4 5 - 1 2 X X															
	県	×	×	市					1 - 1 - 2										

共同処理用保険者訂正連絡票

平成 21 年 10 月 01 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	21	年	07	月	01	日
訂正年月日	平成	21	年	09	月	05	日

口座情報

金融機関コード										支店コード			1.普通預金 2.当座預金 9.その他			口座番号				1.本店 2.支店 3.出張所									
9	8	7	6	-	5	4	3	9	8	7	6	5	X	X															
口座名義人(カナ)															カイコ 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															

計算結果送付先情報

名称1															
名称2															
住所	電話番号														

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														

証明書発行者情報

発行者名															
住所															

共同処理用保険者情報更新結果

保険者名	
××市	

保険者番号	1234XX
-------	--------

異動区分	1	異動事由	
訂正区分			

異動年月日	平成21年07月01日
訂正年月日	

口座情報

× 銀行		× 支店		
金融機関コード	支店コード	口座種目	口座番号	
1234	- 123	普通	12345XX	
口座名義人(カナ)		ハ`ツハ`ツ		
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`ツハ`ツツサカカサカ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	居宅介護福祉用具販売費	
	居宅介護住宅改修費	
	居宅支援福祉用具販売費	
	居宅支援住宅改修費	

計算結果送付先情報

名称1	××市			
名称2	介護保険課			
住所	123-45XX	電話番号	023-456-78XX	
	県××市 1-1-1			

証明書発行者情報

名称	市長			
住所	123-45XX			
	県××市 1-1-2			

共同処理用保険者情報

保険者番号	1234XX
-------	--------

異動区分	1	異動事由	
------	---	------	--

保険者名
××市

異動年月日	平成21年07月01日
訂正年月日	

口座情報

× 銀行		× 支店	
金融機関コード	支店コード	口座種目	口座番号
1234	- 123	普通	12345XX
口座名義人(カナ) ハ` ヲ` ヲ`			
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` ヲ` ヲ` ヲ` ヲ` ヲ` 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	居宅介護福祉用具販売費	
	居宅介護住宅改修費	
	居宅支援福祉用具販売費	
	居宅支援住宅改修費	

計算結果送付先情報

名称1	××市		
名称2	介護保険課		
住所	123-45XX	電話番号	023-456-78XX
	県××市 1-1-1		

証明書発行者情報

名称	市長	
住所	123-45XX	
	県××市 1-1-2	

共同処理用受給者異動連絡票

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	27	年	08	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

基本情報

氏名	介 護 太 郎																				電話番号	0 1 2 - 3 4 5 - 6 7 X X					
住 所	1 2 3 - 4 5 X X			マ ル マ ル ケ ン ハ ツ ハ ツ シ サ ン カ ク サ ン カ ク 1 - 2 - 3																	帳票出力順序コード 1 1 1						
	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	26	年		月		日	区分	一時差止金額		
終了年月日	平成	27	年	×	×	月	×	×	日	1:一部差止 2:全部差止	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)	1 2 3 4 5 6 7 8 X X												
世帯所得区分	1:一般 2:市町村民税世帯非課税者等 3:生活保護 4:現役並み所得相当												
所得区分	1:一般 2:市町村民税非課税者等 3:生活保護 4:現役並み所得相当										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

共同処理用受給者訂正連絡票

平成 27 年 9 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	27	年	08	月	01	日
訂正年月日	平成	27	年	09	月	01	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	ッ	ハ	ッ	シ	シ	カ	ク	シ	カ	ク	3	-	2	-	1	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	1:一般 2:市町村民税世帯非課税者等 3:生活保護 4:現役並み所得相当												
所得区分	1:一般 2:市町村民税非課税者等 3:生活保護 4:現役並み所得相当										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

共同処理用受給者情報更新結果

E93008 前履歴との項目の関連に誤りがあります。訂正して下さい。

保険者名
××市

証記載 保険者番号	1234XX
被保険者番号	12345678XX

異動区分	1	異動事由	01
訂正区分			

異動年月日	平成18年04月01日
訂正年月日	

基本情報

氏名	介護 太郎		電話番号	023-456-78XX	
住所	999-9999	〒12345678901-2-3			
					帳票出力順序コード
	〇〇県××市△△1-2-3				111

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年〇〇月〇〇日	区分	金額
終了年月日	平成18年××月××日	1	1,000

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	高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		

共同処理用受給者情報

保険者名
××市

証記載 保険者番号	1234XX
被保険者番号	12345678XX

異動区分	1	異動事由	01
------	---	------	----

異動年月日	平成18年04月01日
訂正年月日	

基本情報

氏名	介護 太郎		電話番号	023-456-78XX
住所	999-9999	〒111-1111 東京都千代田区千代田1-2-3	帳票出力順序コード	111
	〇〇県××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年〇〇月〇〇日	区分	金額
終了年月日	平成18年××月××日	1	1,000

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	高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		

高額介護サービス費月別集計一覧表

対象年度	保険者番号	保険者名														
2017	480001	保険者 A														
世帯主 被保険者番号	被保険者番号 被保険者氏名(漢字)	情報区分 情報区分名称	8月分	9月分	10月分	11月分	12月分	1月分	2月分	3月分	4月分	5月分	6月分	7月分	合計	
1235467890	1708280101 受給者 X	01 介護利用者負担額	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	552,000	
		02 介護高額支給額	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	285,600	
	1708280202 受給者 Y	01 介護利用者負担額	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	46,000	552,000	
		02 介護高額支給額	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	23,800	285,600	
	世帯内合計	03 介護利用者負担額													1,104,000	
		04 介護高額支給額													571,200	
		05 介護年間高額支給額													86,400	
9999999999	1708280999 受給者 Z	01 利用者負担額	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	480,000	
		02 介護高額支給額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	世帯内合計	03 介護利用者負担額													480,000	
		04 介護高額支給額													0	
		05 介護年間高額支給額													33,600	

高額介護サービス費月別集計一覧表（総合事業）

平成30年9月15日 1頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

対象年度	保険者番号	保険者名																
2017	480001	保険者 A	世帯主 被保険者番号	被保険者番号 被保険者氏名（漢字）	情報区分 情報区分名称	8月分	9月分	10月分	11月分	12月分	1月分	2月分	3月分	4月分	5月分	6月分	7月分	合計
			9876543210	1708280210 受給者W	01 介護利用者負担額	35,000	35,000	35,000	35,000	35,000	35,000	35,000	35,000	35,000	35,000	35,000	35,000	420,000
					02 介護高額支給額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
					06 事業利用者負担額	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	120,000
					07 事業高額支給額	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	7,200
				世帯内合計	03 介護利用者負担額													420,000
					04 介護高額支給額													0
					05 介護年間高額支給額													0
					08 事業利用者負担額													120,000
					09 事業高額支給額													7,200
					10 事業年間高額支給額													86,400