

保険者 国保連

介護保険 受給者情報異動連絡票 (例)

平成27年 9月 1日 (1 頁)

保険者名
市

証記載保険者番号 1 2 3 4 X X	被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	異動年月日 年号 年 月 日 平成 2 7 0 8 0 1	異動区分 1:新規 2:変更 3:終了
-------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	------------------------

異動事由 0 1	被保険者氏名(カナ) カ イ コ タ ロ ウ	生年月日 年号 年 月 日 昭和 1 5 1 0 0 7	性別 1:男 2:女
-------------	---------------------------	------------------------------------	---------------

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

要介護認定 区分 状態区分 1 2 5	有効期間開始年月日 年号 年 月 日 平成 2 7 0 8 0 1	有効期間終了年月日 年号 年 月 日 平成 2 8 0 7 3 1	公費負担 上限額減額 1
---------------------------	---	---	--------------------

支給限度基準額 区分 支給限度基準額 (旧訪問通所) (旧短期入所)	支給限度基準額 上限管理適用開始年月日 年号 年 月 日 平成 2 7 0 8 0 1	支給限度基準額 上限管理適用終了年月日 年号 年 月 日 平成 2 8 0 7 3 1
--	--	--

居宅サービス計画届出 計画作成区分 1	居宅介護 支援事業所番号 1 2 3 4 5 0 0 0 X X	適用開始年月日 年号 年 月 日 平成 2 7 0 8 0 1	適用終了年月日 年号 年 月 日 平成
---------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------

利用者・旧措置利用者負担 減免 中区分	利用者負担区分	給付率	適用開始年月日 年号 年 月 日	適用終了年月日 年号 年 月 日
---------------------------	---------	-----	---------------------	---------------------

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

償還払化 償還払化開始年月日 年号 年 月 日	償還払化終了年月日 年号 年 月 日
-------------------------------	-----------------------

給付上の措置 給付率引下げ開始年月日 年号 年 月 日	給付率引下げ終了年月日 年号 年 月 日
-----------------------------------	-------------------------

特定入所者介護サービス 認定申請中区分	サービス区分	特例減額措置対象	食費負担 限度額	居住費負担限度額 111型個室 112型標準個室 従来型個室(特) 従来型個室(老・障)				多床室	新1	新2	新3	適用開始年月日 年号 年 月 日	適用終了年月日 年号 年 月 日
------------------------	--------	----------	-------------	---	--	--	--	-----	----	----	----	---------------------	---------------------

広域(政令市)保険者番号	老人保健市町村番号	老人保健受給者番号
--------------	-----------	-----------

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

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

申請情報 申請種別	変更申請中区分	申請年月日 年号 年 月 日
--------------	---------	-------------------

国民健康保険資格 保険者番号(国保)	被保険者証番号(国保)	個人番号(国保)
-----------------------	-------------	----------

後期高齢者医療資格 保険者番号(後期)	被保険者番号(後期)
------------------------	------------

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

二割負担 適用開始年月日 年号 年 月 日	適用終了年月日 年号 年 月 日
-----------------------------	---------------------

変更

保険者 国保連

平成27年 5月 1日 (1頁)

介護保険 保険者情報異動連絡票 (例)

保険者名
市

保険者番号
1 2 3 4 X X

異動年月日
年号 年 月 日
平成 2 7 0 4 0 1

異動区分
1:新規 ②変更 3:終了

< 介護予防訪問介護・介護予防通所介護終了年月と、介護予防・日常生活支援総合事業開始年月の設定について >

介護予防訪問介護・介護予防通所介護終了年月と、介護予防・日常生活支援総合事業開始年月に設定される期間が重複しても差し支えない

例えば、広域連合や政令市内の構成市区町村毎に介護予防訪問介護・介護予防通所介護終了年月、介護予防・日常生活支援総合事業開始年月が異なる場合は、それぞれ最も早い開始年月、最も遅い終了年月を設定する

異動事由
0 1

有効開始年月日	有効終了年月日
年号 年 月 日	年号 年 月 日
平成 1 3 0 4 0 1	

保険者区分
1

介護予防訪問介護・介護予防通所介護終了年月
年号 年 月
平成 2 8 0 3

介護予防・日常生活支援総合事業開始年月
年号 年 月
平成 2 7 0 4

保険者名
マルマルシ
市

郵便番号
9 9 9 - 9 9 9 9

電話番号
9 9 - 9 9 9 9 - 9 9 9 9

住所
ハ ッハ ッケンマルマルシサンカクサンカク 1 - 1 - 1
× × 県 市 1 - 1 - 1

変更

保険者 国保連

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

平成27年 5月 1日 (1 頁)

保険者名
市

保険者番号					
1	2	3	4	X	X

異動年月日				
年号	年	月	日	
平成	27	04	01	

異動区分	
1:新規	2:変更
3:終了	

異動事由	
0	1

有効開始年月日				有効終了年月日			
年号	年	月	日	年号	年	月	日
平成	24	04	01	平成			

[総合事業費(経過措置)区分支給限度基準額]

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

[総合事業費(経過措置)種類支給限度基準額]

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

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

新規

保険者 国保連

介護予防・日常生活支援総合事業サービスコード異動連絡票情報 (イメージ)

平成27年 4月 1日 (1 頁)

証記載保険者番号					
1	2	3	4	X	X

保険者名
市

[サービスコード情報]

種類コード	項目コード	異動年月日				異動区分	適用開始年月			単位数	算定単位	回数	制限期間	限度額区分	給付率	負担額	実施区分														
		年号	年	月	日		異動事由	適用終了年月									サービス名称	事業対象	要支援1	要支援2											
								年号	年												月										
A	3	0	0	0	1	平成	2	7	0	4	0	1	1	0	1	0	1	3	0	8	5				2	2	2				
						0	1																								
A	4	0	0	0	1	平成	2	7	0	4	0	1	2													1	0	0	2	2	1
						0	1																								

- 131 -

新規

介護予防・日常生活支援総合事業費
審査支払手数料払込請求書

市 殿

平成 27 年 5 月審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

金額	8,360 円			払込期限	平成 27 年 6 月 15 日		
内 訳				送金先	銀行 支店		
区分	件数	一件当たり 単価	金額	預金種目	普通	口座 番号	1234567
県内	88	円 銭 95 0	8,360 円	口座名	7878787878787878		
県外	0	円 銭 0 0	0 円				

平成 27 年 6 月 1 日

県 市 町 1 - 1 - 1
国民健康保険団体連合会
理事長 介護 太郎

理事
長印

振込人 取扱銀行 振込人

領 収 書

市 殿

平成 27 年 5 月審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

金額	8,360 円			(取扱店)
内 訳				
区分	件数	一件当たり 単価	金額	
県内	88	円 銭 95 0	8,360 円	
県外	0	円 銭 0 0	0 円	

年 月 日

取扱店の領収印のないものは
無効です。

国民健康保険団体連合会
理事長 介護 太郎

理事
長印

振込人 取扱銀行 振込人

振込依頼書

入金票	通番番号	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 8,360 円	孔照合印
依頼人	フリガナ 7878787878787878 氏名 国民健康保険団体連合会	(おねがい) 1. この振込は他の銀行と 一緒にするのではなく個別に お取扱下さい。
	フリガナ 787878 氏名 市 殿	

公 金

備考
介護予防・日常生活支援総合事業費の審査支払手数料
審査年月 27 年 5 月
払込期限 27 年 6 月 15 日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行(保管)

介護予防・日常生活支援総合事業費
審査支払手数料振込通知書

平成 27 年 5 月 審査分

(経由)

国民健康保険団体連合会 殿

金額	8,360 円			口座番号	収入科目			
内 訳				1234567	款	項	目	部
区分	件数	一件当たり 単価	金額		05	04	01	01
県内	88	円 銭 95 0	8,360 円					
県外	0	円 銭 0 0	0 円					

振込人 取扱銀行 連合会

振込人	番号	900010
	氏名	市

新規

国保連合会 保険者

介護予防・日常生活支援総合事業費等請求額通知書

平成27年5月 審査分

平成27年6月5日

1 頁

証記載保険者番号	900010
保険者名	市

国民健康保険団体連合会

款	地域支援事業費	項	介護予防生活支援サービス事業費
---	---------	---	-----------------

種 類	通常分				再審査・過誤			総合事業費	利用者負担額	公費負担額
	件数	実日数	単位数	金額	件数	単位数	調整額			
訪問型サービス(みなし)	11	110	33,000	330,000	0	0	0	297,000	33,000	0
訪問型サービス(独自)	12	120	36,000	360,000	0	0	0	324,000	36,000	0
訪問型サービス(独自/定率)	13	130	39,000	390,000	0	0	0	351,000	39,000	0
訪問型サービス(独自/定額)	14	140	42,000	420,000	0	0	0	378,000	42,000	0
通所型サービス(みなし)	15	150	45,000	450,000	0	0	0	405,000	45,000	0
通所型サービス(独自)	16	160	48,000	480,000	0	0	0	432,000	48,000	0
通所型サービス(独自/定率)	17	170	51,000	510,000	0	0	0	459,000	51,000	0
通所型サービス(独自/定額)	18	180	54,000	540,000	0	0	0	486,000	54,000	0
生活支援サービス(配食/定率)	19	190	57,000	570,000	0	0	0	513,000	57,000	0
生活支援サービス(配食/定額)	20	200	60,000	600,000	0	0	0	540,000	60,000	0
生活支援サービス(見守り/定率)	21	210	63,000	630,000	0	0	0	567,000	63,000	0
生活支援サービス(見守り/定額)	22	220	66,000	660,000	0	0	0	594,000	66,000	0
生活支援サービス(その他/定率)	23	230	69,000	690,000	0	0	0	621,000	69,000	0
生活支援サービス(その他/定額)	24	240	72,000	720,000	0	0	0	648,000	72,000	0
介護予防生活支援サービス事業費	245	2,450	735,000	7,350,000	0	0	0	6,615,000	735,000	0
介護予防ケアマネジメント	25		10,350	103,500	0	0	0	103,500	0	0
介護予防ケアマネジメント事業費	25		10,350	103,500	0	0	0	103,500	0	0
合 計	270		745,350	7,453,500	0	0	0	6,718,500	735,000	0
累 計	270		745,350	7,453,500	0	0	0	6,718,500	735,000	0

目コードの名称を「サービス事業費」から
「介護予防生活支援サービス事業費」に変更する

- 133 -

	請求額	累計
審査支払手数料	25,650	25,650

SEFL21(1531)

新規

介護予防・日常生活支援総合事業費払込請求書

市 殿

平成 27 年 5 月審査確定額を下記のとおり払込み下さい。

内 訳	金額	4,000,000 円	払込期限	平成 27 年 6 月 15 日		
	サービス事業費	3,000,000 円		送金先	銀行 支店	
	介護予防ケアマネ事業費	1,000,000 円	預金種目		普通	口座 番号
				口座名	〒7878207松ノ江	

平成 27 年 6 月 1 日

理事
長印

県 市 町 1 - 1 - 1
国民健康保険団体連合会
理事長 介護 太郎

振込人 取扱銀行 振込人

領 収 書

市 殿

平成 27 年 5 月審査確定額を下記のとおり領収いたしました。

内 訳	金額	4,000,000 円	(取扱店)			
	サービス事業費	3,000,000 円	取扱店			
	介護予防ケアマネ事業費	1,000,000 円				

年 月 日

理事
長印

国民健康保険団体連合会
理事長 介護 太郎

取扱店の領収印のないものは
無効です。

振込人 取扱銀行 振込人

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		
受取人	預金種目	普通 口座番号 1234567	金額 4,000,000 円
	フリガナ	〒7878207松ノ江	
依頼人	氏名	国民健康保険団体連合会	(おながい) 1. この振込は他の銀行と 一緒にすることなく個別に お取扱下さい。
	フリガナ	〒78782 市 殿	

実施印
引照合印

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
審査年月 27 年 5 月
払込期限 27 年 6 月 15 日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行 (保管)

介護予防・日常生活支援総合事業費 振込通知書

平成 27 年 5 月 審査分

(経由)

国民健康保険団体連合会 殿

内 訳	金額	4,000,000 円	口座番号	収入科目			
	サービス事業費	3,000,000 円	1234567	数	項	目	節
	介護予防ケアマネ事業費	1,000,000 円	1234567	05	01	01	01

振込人 取扱銀行 連合会

番号	900010
氏名	市

新規

保険者 国保連合会

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書 (例)

介護予防・日常生活支援総合事業費審査委員会 殿

保険者番号	9	0	0	0	0	1
保険者名	市					
所在地	〒123 - 4567					
	××県		市		1 - 2 - 3	
連絡先	電話番号 ××× - ××× - ××××					

下記の介護予防・日常生活支援総合事業について、過誤を申し立てます。

平成 27年06月15日

事業所番号										被保険者番号 被保険者氏名				サービス提供年月		申立事由コード		申立事由							
9	0	A	0	2	1	2	3	4	5	1	1	2	0	7	7	0	0	0	1	平成27年 4月	1	0	9	9	総合請求明細 その他実績取下
																			平成 年 月						
																			平成 年 月						
																			平成 年 月						
																			平成 年 月						
																			平成 年 月						
																			平成 年 月						
																			平成 年 月						

保険者→国保連

共同処理用受給者異動連絡票

平成 27 年 9 月 1 日 1 頁

保険者名
××市

証記載 保険者番号	1	2	3	4	X	X				
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X

異動区分	1:新規 2:変更
異動事由	01:資格取得 02:資格喪失 03:広域連合における市町村間異動 99:その他

異動年月日	平成	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	ケ	ン	ハ	ツ	ハ	ツ	サ	ン	カ	ク	サ	ン	カ	ク	1	-	2	-	3
	○	○	県	×	×	市	△	△	1	-	2	-	3	帳票出力順序コード	1	1	1												

償還払給付額管理処理情報

保険給付の一時差止												
開始年月日	平成	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			
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					

保険者→国保連

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	X	X					
住所	1	2	3	-	4	5	X	X	マ	ル	マ	ル	ケ	ン	ハ	ツ	ハ	ツ	ツ	カ	ク	ツ	カ	ク	3	-	2	-	1	帳票出力順序コード		
	○	○	県	×	×	市	□	□	3	-	2	-	1																			

償還払給付額管理処理情報

保険給付の一時差止													
開始年月日	平成		年		月		日	区分					一時差止金額
終了年月日	平成		年		月		日	1:一部差止 2:全部差止					

高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)															
世帯所得区分	1:一般 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