

記入例

介護保険 (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

川根本町長 様

次のとおり申請します。 申請年月日 ○○年 ○○月 ○○日

医療保険の記入方法は裏面をご確認ください。

被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号										
医療保険 被保険者等	保険者名									保険者番号											
	被保険者等	記号								番号						枝番					
被 保 険 者	フリガナ	カワネ ハナコ								生年月日	明治・大正・昭和 ○○年 ○月 ○日										
	氏名	川根 花子								性別	男・女										
	住所	〒428-0313 川根本町上長尾○○番地 電話番号 ○○-○○○○																			
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2													
			有効期間 年 月 日から 年 月 日まで																		
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		転出元自治体(市町村)名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日																		
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 入 院 入 所 の 有 無	介護保険施設の名称等・所在地								期間 年 月 日～ 年 月 日												
	介護保険施設の名称等・所在地								期間 年 月 日～ 年 月 日												
	医療機関等の名称等・所在地 ○○ 病院								期間○○年○○月○○日～ ○○年 ○○月○○日												
	医療機関等の名称等・所在地								期間 年 月 日～ 年 月 日												

提出代行者	名	該当するものに○印(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・介護老人 事業所等が代行して提出される場合は記入してください)															
	住	電話番号															

主治医	主治医氏名	静岡 太郎								医療機関	○○ 病院									
	所在地	〒428-0000 川根本町上長尾○○番地 電話番号 56-0000																		

※第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名																		
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、保険者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指示することに同意します。

忘れずにご記入ください 本人氏名 川根 花子

医療保険の記入方法

75歳以上の方（後期高齢者医療保険対象の方）

【被保険者証】または【資格確認書】で以下のとおり御記入ください。

医療保険	保険者名	① 静岡県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	② 39224290
	被保険者等	記号	番号	③ ○○○○○○○○ 枝番

【被保険者証】

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 令和7年7月31日
交付年月日 令和○年○月○日

被保険者番号 ③ ○○○○○○○○

住所 榛原郡川根本町上長尾○○番地

氏名 川根 花子 女

生年月日 昭和○○年○○月○○日

資格取得年月日 平成○○年○○月○○日

発効期日 平成○○年○○月○○日

一部負担金の割合 ○割

保険者番号並びに保険者の名称及び印 ② 3 9 2 2 4 2 9 0
① 静岡県後期高齢者医療広域連合

見本

【資格確認書】

後期高齢者医療資格確認書

有効期限 令和○○年 7月31日
交付年月日 令和○○年○○月○○日

被保険者番号 ③ ○○○○○○○○

住所 榛原郡川根本町上長尾○○番地

氏名 川根 花子 性別 女

生年月日 昭和○○年○○月○○日

資格取得年月日 令和○○年○○月○○日

負担割合 〇割
発効期日 令和○○年○○月○○日

限度区分 発効期日

長期入院該当日

特定疾病区分 発効期日

保険者番号並びに保険者の名称及び印 ② 3 9 2 2 4 2 9 0
① 静岡県後期高齢者医療広域連合

静岡県後期高齢者医療広域連合印

65歳以上74歳以下の方

お手持ちの被保険者等記号・番号が記載された書類を御確認のうえ、御記入ください。

医療保険	保険者名	① 川根本町	保険者番号	② 220525
	被保険者等	記号	番号	③ ○○○○○○○○ 枝番 ④ ○○

【例：国民健康保険資格書の場合】

静岡県国民健康保険資格確認書

有効期限 令和○年○月○日
発効期日 令和○年○月○日

記号 ③ ○○○○○○○○ 番号 ④ ○○○○○○○○ (枝番) ○○

氏名 川本 太郎

生年月日 昭和○○年○○月○○日 性別 男

適用開始年月日 平成○○年○○月○○日 負担割合 〇割

交付年月日 令和○年○月○日

世帯主氏名 川本 太郎

住所 静岡県榛原郡川根本町上長尾○○番地

保険者番号 ② 2 2 0 5 2 5
交付者名 ① 川根本町

静岡県川根本町印