

# 介護保険被保険者証

|                   |      |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|-------------------|------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者  | 番号   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|                   | 住所   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|                   | フリガナ |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|                   | 氏名   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|                   | 生年月日 |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 交付年月日             |      |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 |      | <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> <table border="1"> <tr> <td>3</td><td>8</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>〒790-8571 松山市二番町四丁目7番地2</p> <p><b>松山市</b></p>  </div> </div> |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 | 8 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| 3                 | 8    | 2   | 0 | 1 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |

|                      |                           |       |       |
|----------------------|---------------------------|-------|-------|
| 要介護状態区分等             |                           |       |       |
| 認定年月日                | (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)  |       |       |
| 認定の有効期間              |                           |       |       |
| 居宅サービス等              | 区分支給限度基準額                 |       |       |
| (うち種類支給限度基準額)        | 1ヶ月あたり<br>サービスの種類別支給限度基準額 |       |       |
| 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 |                           |       |       |
| 給付制限                 | 内 容                       | 期 間   |       |
|                      |                           | 開始年月日 | 終了年月日 |
|                      |                           | 開始年月日 | 終了年月日 |
|                      |                           | 開始年月日 | 終了年月日 |

|   |    |        |
|---|----|--------|
| 居宅介護支援事業者若しくは<br>訪問介護事業者及びその事業<br>又は地域包括支援センター<br>の名称 | 種類 | 入所等年月日 |
|   | 名称 | 退所等年月日 |
|   | 種類 | 年月日    |
|   | 名称 | 退所等年月日 |
| 介護保険施設等   | 種類 | 退所等年月日 |
|   | 名称 | 入所等年月日 |
|   | 種類 | 退所等年月日 |
|   | 名称 | 退所等年月日 |

見 本

宛先が記載されます