

# 介護保険被保険者証

被 保 険 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		<table border="1"> <tr> <td>3</td><td>8</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="6">〒790-8571 松山市二番町四丁目7番地2</td> </tr> <tr> <td colspan="6">松山市</td> </tr> </table>																		3	8	2	0	1	0	〒790-8571 松山市二番町四丁目7番地2						松山市					
3	8	2	0	1	0																																
〒790-8571 松山市二番町四丁目7番地2																																					
松山市																																					

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 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 訪問介護事業者及びその事業 又は地域包括支援センター の名称	種類	入所等年月日
	名称	退所等年月日
	種類	退所等年月日
	名称	退所等年月日
介護保険施設等	種類	入所等年月日
	名称	退所等年月日
	種類	入所等年月日
	名称	退所等年月日

見本

宛先が記載されます