

介護保険入力欄の参考

②被保険者番号(固有番号)

③要介護度、認定日、認定期間があれば介護保険請求  
空欄であれば医療保険請求

④担当の介護支援専門員がいる居宅介護支援事業所

①保険者番号(住居地)

介護保険被保険者証		(一)		(二)		(三)	
番号		認定年月日	平成 年 月 日	給付制限	内容	期間	
住所		認定の有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日			開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日	
フリガナ		区分支給限度基準額				開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日	
氏名		居宅サービス等	平成 年 月 日～平成 年 月 日			開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	介護保険給付認定等制	今一応の措置			開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日	
交付年月日	平成 年 月 日	介護保険給付認定等制	今一応の措置			開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日	
保険者番号並びに保険者の名称及び印		の意見及びサービスの種類の指定				開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日	
						開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日	