

記入例

介護保険被保険者証（黄色）に記載されている番号を記入してください。

医療保険の被保険者証番号等を記載して下さい。
75歳以上の方の保険者名は「群馬県後期」と記載して下さい。

| | | | | | | | |
|------------|-------|----|----|-------|----|--|--|
| 介護保険被保険者番号 | | | | 個人番号 | | | |
| 医療保険 | 保険者名 | | | 保険者番号 | | | |
| | 被保険者証 | 記号 | 番号 | 番号 | 枝番 | | |
| フリガナ | | | | 生年月日 | | | |
| | 氏名 | | | 性別 | | | |
| 住所 | 〒 | | | 電話番号 | | | |

入院、入所している場合は記入してください。

保険証に記載されている住所及び連絡先を記入して下さい。

| | | | | |
|---------------------------|---------------|----|--------------|----|
| 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 | 医療機関等の名称等所在地 | 期間 |
| 有・無 | | | | |

| | | | | |
|-------|----|--|--|--|
| 提出代行者 | 名称 | 該当に○（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・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院） | | |
| | 住所 | 〒 | | |

かかりつけ医を記入して下さい。

| | | | | | |
|-----|--------|---|--|-------|--|
| 主治医 | 主治医の氏名 | | | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 | | 電話番号 | |

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

| | |
|---|--|
| 特 | 介護サービス利用（予定）者の氏名を記入して下さい。代筆の場合は代筆者の氏名も記入して下さい。 |
|---|--|

本人氏名
(代筆者氏名)

※介護保険 要介護認定・要支援認定調査 確認表も記入して下さい