

医療保険が後期高齢者医療被保険者の方  
要介護・要支援(更新)認定申請書

記入例  
(介護保険認定調査  
連絡票とセット)

返子市長 次のとおり申請します。 申請区分 更新 申請年月日 〇〇年〇〇月〇〇日  
申請者氏名 返子花子 本人との関係 長男の妻  
提出代行者名 該当に〇(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) (印)  
申請者住所 〒249-0000 返子市返子〇-〇-〇 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載の必要ありません。

被保険者番号 0000123456 個人番号 記入不要  
医療保険 保険者名 神奈川県後期高齢者医療広域連 保険者番号 39142088  
被保険者証 記号 記入不要 番号 01234567 枝番 記入不要  
フリガナ名 スシタロウ 生年月日 〇年 〇月 〇日  
氏名 返子太郎 性別 男・女  
住所 〒249-0000 返子市返子〇-〇-〇 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇  
前回の要介護・要支援認定の結果等 要介護状態区分 要支援1  
有効期間 〇年 〇月 〇日から △年 △月 △日まで  
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・医療機関等の名称・所在地 返子大学附属病院 期間 〇年 〇月 〇日～ △年 △月 △日  
介護保険施設・医療機関等の名称・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日  
介護保険施設・医療機関等の名称・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日  
有・無 介護保険施設・医療機関等の名称・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日

主治医の有・無 (有) 主治医の氏名 沼間一郎 医療機関名 返子大学付属病院  
所在地 〒249-0004 返子市沼間7-1-1 電話番号 046-999-9999

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

医療保険者名  
医療保険被保険者証記号番号  
特定疾病名

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、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返子市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、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提供することに同意します。  
本人氏名 返子太郎 代筆者氏名

【本人確認書類をご持参ください】  
ご本人以外の方が申請のお手続きをされる際は、本人確認をさせていただきますので、身分証(運転免許証、医療保険被保険者証など)をご持参ください。  
なお、2号被保険者(40歳～64歳)の方が申請される際は、医療保険被保険者証の写しをいただきますので、ご持参ください。