

《記入例》
医療保険が後期高齢者医療保険の方

逗子市長様

次のとおり申請します。

申請年月日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0000654321	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合		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	ズシ ハナコ			生年月日	昭和〇年〇月〇日	
	氏名	逗子 花子			性別	女	
	住所	〒249-0006 逗子市逗子5-2-16		電話番号	046-873-1111		
	前回の要介護 認定の結果等	要支援1					
		有効期限	令和〇年〇月〇日 から 令和〇年〇月〇日				
	変更申請の 理由	前回の介護度の時より状態が悪化しており、3か月ほど前より持病の〇〇が再発し、入退院を繰り返すようになったため。					
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地	逗子市立大学附属病院		期間	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日	
	介護保険施設等の名称等・所在地	~					
	医療機関等の名称等・所在地	~					
	有・無	医療機関等の名称等・所在地	~				

ご家族が代理提出される場合は、こちらの欄にご記入ください。

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・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） 逗子 次郎（次男）					
	住所	〒249-0006 逗子市逗子5-2-16		電話番号	046-873-1111		

主 治 医	主治医の氏名	沼間 一郎		医療機関名	逗子市立大学附属病院 脳神経外科	
	所在地	〒249-0006 逗子市逗子8-1-1		電話番号	046-873-4520	

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・要支援認定にかかる調査内容、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、逗子市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは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示することに同意します。

本人氏名（署名してください。）

逗子 花子