

各種保険証類のご提示のお願い



『介護保険負担割合証』『介護保険負担限度額認定証』
『後期高齢者医療被保険者証』『国民健康保険被保険者証』

平素よりひばり苑にご協力をいただき、誠にありがとうございます。
さて、ご家族様のお手元に保管をさせていただいております各種保険証
類の有効期限が令和5年7月31日となります。

つきましては、新しい証書が市町村よりお手元に届きましたら、
令和5年8月25日（金）までにひばり苑受付までご提示ください。

◆◆介護保険負担限度額認定証についてのご注意◆◆

- ・ 限度額認定証は市町村への申請が必要です。市町村へ必ず届出をしてください。
- ・ 上記期日までに市町村からの証書が届かない場合には必ずひばり苑までご連絡をください。
- ・ 連絡やご提示がない場合には、食費及び居住費の負担軽減が受けられない場合がございますのでご注意ください。
- ・ 世帯構成や収入等に変動が生じた場合には、適用期間中であっても認定内容が変更になる場合があります。期間中に変更があった場合は、必ず窓口まで再度ご提示ください。
※介護保険負担割合証も同様です。

介護老人保健施設ひばり苑



各種保険証類 見本

介護保険負担割合証 ※市町村で色が変わります

ご自身の負担割合が1割から3割まで表示されています。

介護保険負担割合証	
交付年月日	
番 号	
被 住 所	見本
保 険 者 氏 名	フリガナ
生年月日	性別
利用者負担の割合	適用期間
割	開始年月日 終了年月日
割	開始年月日 終了年月日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	

介護保険負担限度額認定証 ※市町村で色が変わります

市町村の審査結果より決定された金額が表示されています。(届出が必要です)

介護保険負担限度額認定証	
交付年月日 令和 年 月 日	
番 号	
被 住 所	
保 険 者 氏 名	フリガナ
生年月日	性別
適用年月日	令和 年 8 月 1 日 から
有効期限	令和 年 7 月 31 日 まで
食費の負担限度額	(介護予防)短期入所生活(療養)介護 その他のサービス 円
居住費又は滞在費の負担限度額	ユニット型個室 円 ユニット型個室的多床室 円 従来型個室(特養等) 円 従来型個室(老健・療養等) 円 多床室 円
保険者番号並びに保険者の名称及び印	

後期高齢者医療被保険者証 ※市町村で色が変わります

被 保 険 者 名	
被 保 険 者 番 号	
負 担 割 合	割
有 効 期 限	令和 年 月 日

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 令和 年 月 日
交付年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 番 号	
住 所	
氏 名	性別
生 年 月 日	昭和 年 月 日
資 格 取 得 年 月 日	平成 年 月 日
発 行 期 日	平成 年 月 日
一 部 負 担 金 の 割 合	割
保 険 者 番 号	
保 険 者 名	山梨県後期高齢者医療広域連合 印

国民健康保険被保険者証 (75歳未満の方) ※市町村で色が変わります

山 梨 県
国民健康保険
高齢受給者証

有効期限 令和 年 月 日
記号・番号

氏 名 性別

生 年 月 日 昭和 年 月 日 一部負担金の割合 割

世帯主氏名

住 所

発 効 期 日 令和 年 月 日

交 付 年 月 日 令和 年 月 日

保 険 者 番 号

交 付 者 名

山 梨 県
国民健康保険
被 保 険 者 証

有効期限 令和 年 月 日
記号 番号

氏 名

生 年 月 日 昭和 年 月 日

世帯主氏名

住 所

適 用 開 始 年 月 日 令和 年 月 日

交 付 年 月 日 令和 年 月 日

保 険 者 番 号

交 付 者 名