

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』
『後期高齢者医療資格確認書』
『国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証資格確認書』

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していただいております各種保険証類の有効期限が令和8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8年8月21日（金）までにひばり苑受付までご提示ください。

◆◆医療保険証（資格確認書）についてのご注意◆◆

- ・令和6年12月にてマイナ保険証を基本とする仕組みに移行するため現在の医療保険被保険者証の発行が終了しました。
- ・ひばり苑ではマイナンバーカード（マイナ保険証）をお預かりすることはありません。その代わり、入所中の緊急時の受診に備えるために『後期高齢者医療資格確認書』又は『国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証資格確認書』の写しを保管させていただきますので市町村より届きましたらご提示をお願いいたします。

◆◆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。

各種保険証・資格確認書 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	
被保険者番号	
住所	
フリガナ	
氏名	
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。(市町村への届出が必要です)

介護保険負担限度額認定証	
交付年月日 令和 年 月 日	
被保険者番号	
住所	
フリガナ	
氏名	
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	

後期高齢者医療資格確認書

※75歳以上の方

被保険者名	広域 太郎
被保険者番号	01234567
住所	甲府市蓬沢1丁目15番35号
負担割合	1割
有効期限	令和 7年 7月31日

後期高齢者医療資格確認書 有効期限 令和 7年 7月31日
被保険者番号 01234567
氏名 広域 太郎
生年月日 昭和21年 1月 1日
資格取得年月日 令和 3年 6月 5日
交付年月日 令和 6年12月 2日
負担割合・有効期日 1割

限度区分・有効期日

長期入院該当日
特定疾病区分・有効期日

保険者番号 39190000

保険者名 山梨県後期高齢者医療広域連合

見本

印

国民健康保険被保険者証 兼高齢受給者証 資格確認書

※75歳未満の方

〇〇都道府県
国民健康保険
資格確認書

見本

有効期限 年 月 日
有効期日 年 月 日

記号 番号 (枝番)

氏名 性別

生年月日 年 月 日 負担割合 割

適用開始年月日 年 月 日

交付年月日 年 月 日

世帯主氏名

住所

保険者番号

交付者名

印