

別記三 介護予防ケアマネジメント負担金調整額通知書

国保連合会一保険者

介護予防ケアマネジメント負担金調整額通知書

平成 年 月分～平成 年 月分

保険者番号	
保険者名	

平成 年 月 日
国民健康保険団体連合会

施設所在保険者請求一覧

項番	被保険者番号	被保険者氏名(カナ)	金額	施設所在保険者	
				番号	名称
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					

負担金調整依頼書			負担金調整額通知書			差引支払額 (▲は請求額)
保険者数	人数	調整額	保険者数	人数	調整額	