別記二　介護予防ケアマネジメント負担金調整依頼書

保険者→国保連合会

介護予防ケアマネジメント負担金調整依頼書

平成　年　月分～平成　年　月分

施設所在保険者番号	
施設所在保険者名	

平成　年　月　日
貴

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

合計金額	

※　要支援者に係る介護予防ケアマネジメント費を国保連経由で支払った場合の人数は含めないこと。

1811