

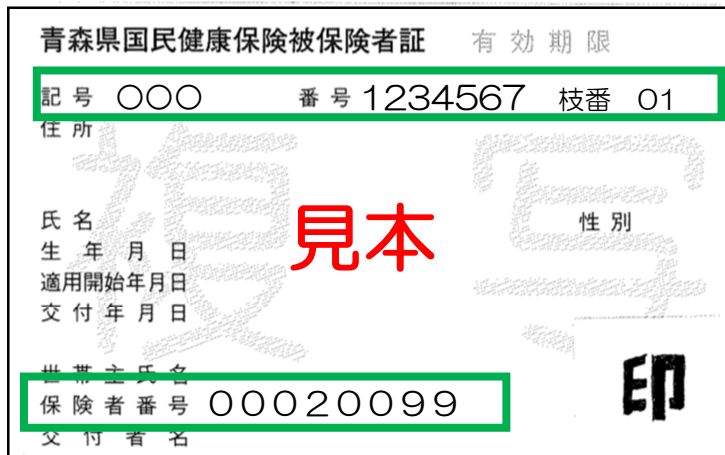
【要介護認定 ・要支援認定申請書】及び【要介護認定〔区分変更〕申請書】
の医療保険被保険者番号等の記載について

①青森県後期高齢者医療広域連合（後期）の場合



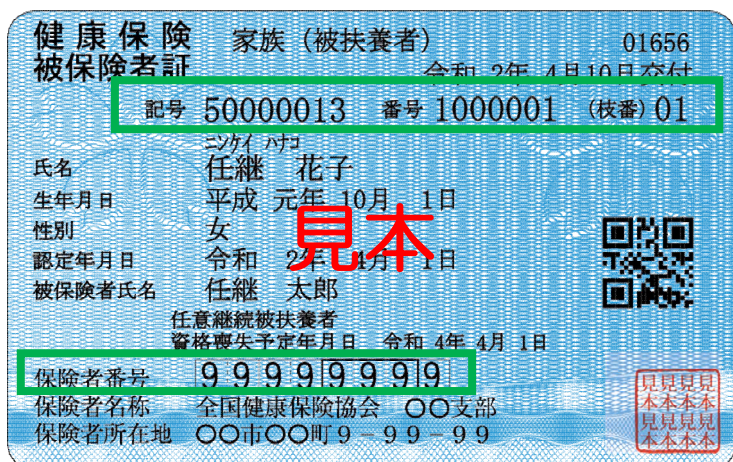
医療 保険	保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 青森県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 平内町(国保)			保険者番号		39023015	
		<input type="checkbox"/> その他()						
	被保険者証	記号	(空欄)	番号	12345678	枝番	(空欄)	

②平内町（国保）の場合 ※枝番がある場合です。ない場合は空欄となります。



医療 保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 青森県後期高齢者医療広域連合 <input checked="" type="checkbox"/> 平内町(国保)			保険者番号		020099	
		<input type="checkbox"/> その他()						
	被保険者証	記号	〇〇〇	番号	1234567	枝番	01	

③その他（全国健康保険協会 青森支部）の場合 ※枝番がある場合です。
ない場合は空欄となります。



※見本の被保険者番号に合わせていますが、
平内町での保険者番号は「01020015」です。

医療 保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 青森県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 平内町(国保)		保険者番号				99999999	
		<input checked="" type="checkbox"/> その他(全国健康保険協会 青森支部)							
	被保険者証	記号	50000013	番号	1000001	枝番	01		

④①～③以外の場合

①～③以外の場合でも同じように【(被保険者) 番号】【保険者番号】が記載されているはずなので、そちらのご記入をお願いします。【記号】【枝番】がない保険の場合は、該当箇所は空欄での提出となります。

問い合わせ先
平内町役場 福祉介護課 介護保険係
TEL : 017-755-2114