

見本

介護保険負担割合証

介護保険のサービスを利用するとき、水色の介護保険被保険者証とは別に、「介護保険負担割合証」の提示が必要です。

左下の「介護保険負担割合証」には、令和8年7月末までのサービス利用時の負担割合が記載されています。

担当のケアマネジャー（地域包括支援センター職員）、介護施設職員等の介護サービス事業者に提示してください。

問い合わせ

海老名市役所 介護保険課

電話 046-235-4952

●下の介護保険負担割合証の「利用者負担の割合」の欄に記載されている「1割」「2割」または「3割」があなたの利用者負担割合になります。

●負担割合は、世帯ごとではなく、個人ごとに決まります。

●利用者負担割合の判定基準については裏面を参照ください。

介護保険負担割合証

交付年月日 令和 7年 6月11日

被 保 険 者	番 号	0 0 0 0 0 9 9 9 9 9					
	住 所	海老名市勝瀬175番地の1					
	フリガナ 氏 名	ヒナガノ 海老名 太郎					
	生年月日	昭和29年07月30日					
利用者負担の割合		適用期間					
1 割		開始年月日	令和 7年 8月 1日	終了年月日	令和 8年 7月31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		1 4 2 1 5 8		神奈川県海老名市勝瀬175番地の1		海老名市	

(切り離して使用してください)



保険者の電話番号 (046)231-2111

9999#

243-0492
海老名市勝瀬175番地の1

海老名 太郎

