

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 介護保険計画課

## 介護保険最新情報

### 今回の内容

給付額減額措置の見直しに伴う  
被保険者証及び負担割合証の様式の変更について  
計6枚（本紙を除く）

Vol.654

平成30年5月14日

厚生労働省老健局介護保険計画課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 2164）  
FAX：03-3503-2167

事 務 連 絡  
平成 30 年 5 月 14 日

各都道府県介護保険担当課（室） 御中

厚生労働省老健局介護保険計画課

給付額減額措置の見直しに伴う  
被保険者証及び負担割合証の様式の変更について

介護保険制度の運営につきましては、平素より種々ご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

現行制度においては、市町村の介護保険財政の安定的運営や、保険料負担の公平性を図るといった観点から、保険料を確実に徴収するため、保険料を滞納し、その徴収権の時効が消滅した期間がある方については、その期間に応じて給付割合を7割に制限することとしています。

本年8月より、現役並みの所得を有する者の介護保険の利用者負担割合を2割から3割とすることとしており、これに伴い、上記の給付額減額措置が果たす未収納対策としての役割が維持されるよう、現役並みの所得を有する者に対する給付割合を6割に制限することとしています。

本件見直しに伴い、被保険者証及び負担割合証の様式の裏面の注意事項のうち、給付額減額措置の記載について、変更を行う必要があります。この様式の変更については、平成30年3月6日開催の全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議において追って様式案をお示しすることとしていましたが、それぞれ別添1及び別添2のとおりとしますので、ご了知の上、施行に向けた準備をお願いいたします。

また、被保険者証については、平成30年8月以降順次新たな様式に切り替える必要がありますが、現在すでに発行されている被保険者証については、要介護認定の更新等による被保険者証を新たに交付するまでの間、改正前の様式の認定証を用いても有効なものとして取扱って差し支えありません。なお、被保険者証及び負担割合証の様式については、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）様式第1号及び様式第1号の2に規定されていますが、同令については、追って改正する予定であることを申し添えます。

介護保険被保険者証の様式についての新旧対照表

(別添1)

改正後 (新)	改正前 (旧)
<p>(裏面)</p> <p>注意事項                      一～十三 (略)</p> <p>十四 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置(支払方法変更)、利用時支払額を三割 <u>(介護保険負担割合証に記載の「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割)</u> とする措置(給付額減額)等を受けることがあります。</p>	<p>(裏面)</p> <p>注意事項                      一～十三 (略)</p> <p>十四 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置(支払方法変更)、利用時支払額を三割とする措置(給付額減額)等を受けることがあります。</p>

(一)				(二)				(三)																																																		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     介 護 保 険 被 保 険 者 証                 </div>				要介護状態区分等				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">給 付 制 限</th> <th style="width: 45%;">内 容</th> <th style="width: 40%;">期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;">                     居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;"> <div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;"> <div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;"> <div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;">                     介護保険施設等                 </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">種類</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;">入所等年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;">-----</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">名称</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;">退所等年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;">-----</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">種類</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;">入所等年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;">-----</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">名称</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;">退所等年月日 平成 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>			給 付 制 限	内 容	期 間			開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日			開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日			開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日	居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称			<div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div>			<div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div>			<div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div>			介護保険施設等			種類		入所等年月日 平成 年 月 日	-----			名称		退所等年月日 平成 年 月 日	-----			種類		入所等年月日 平成 年 月 日	-----			名称		退所等年月日 平成 年 月 日
給 付 制 限	内 容	期 間																																																								
		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日																																																								
		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日																																																								
		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日																																																								
居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称																																																										
<div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div>																																																										
<div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div>																																																										
<div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div>																																																										
介護保険施設等																																																										
種類		入所等年月日 平成 年 月 日																																																								
-----																																																										
名称		退所等年月日 平成 年 月 日																																																								
-----																																																										
種類		入所等年月日 平成 年 月 日																																																								
-----																																																										
名称		退所等年月日 平成 年 月 日																																																								
認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)				平成 年 月 日																																																						
認定の有効期間				平成 年 月 日～平成 年 月 日																																																						
居宅サービス等				区分支給限度基準額																																																						
(うち種類支給限度基準額)				平成 年 月 日～平成 年 月 日 1月当たり																																																						
フリガナ				サービスの種類		種類支給限度基準額		居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称																																																		
氏 名				-----		-----		-----																																																		
生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日				性別		男・女		-----																																																		
交付年月日				平成 年 月 日																																																						
保険者番号並びに保険者の名称及び印				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																																						
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定																																																										

(四)

注意事項

- 一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
- 二 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。
- 三 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に提出してください。
- 四 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者提出してください。
- 五 認定の有効期限を超過したときは、保険給付を受けられませんので、認定の有効期限を超過する六十日前から三十日前までの間に市町村にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。

(五)

- 六 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス(以下「居宅サービス等」という。)については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ市町村に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、市町村に届け出た場合に限って現物給付となります。これらの手続をしない場合は、市町村からの事後払い(償還払い)になります。
- 七 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。
- 八 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です(居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません)。
- 九 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち市町村が定める割合又は市町村が定める額(事業者提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額)です。

(六)

- 十 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。
- 十一 被保険者の資格がなくなつたときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
- 十二 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 十三 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 十四 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置(支払方法変更)、利用時支払額を三割(介護保険負担割合証に記載の「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割)とする措置(給付額減額)等を受けることがあります。

備考

- 1 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横273ミリメートルとし、点線の箇所から三つ折とすること。
- 2 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。

介護保険負担割合証の様式についての新旧対照表

(別添2)

改正後 (新)	改正前 (旧)
<p>(裏面)</p> <p>注 意 事 項</p> <p>一～五 (略)</p> <p>六 利用時支払額を三割 (<u>「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割</u>) とする措置 (給付額減額) を受けている場合は、この証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されます。</p>	<p>(裏面)</p> <p>注 意 事 項</p> <p>一～五 (略)</p> <p>六 利用時支払額を三割とする措置 (給付額減額) を受けている場合は、この証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されます。</p>

様式第一号の二(第二十八条の二関係)

(裏面)

<p>注 意 事 項</p> <p>一 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に提出してください。</p> <p>二 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスのサービに要した費用のうち、「適用期間」に応じた「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます。(居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありませぬ。)</p> <p>三 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の適用期間の終了年月日に至ったときには、直ちに、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。</p> <p>四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。</p> <p>五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。</p> <p>六 利用時支払額を三割(「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割)とする措置(給付額減額)を受けている場合は、この証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されます。</p>
---

(表面)

<p>介 護 保 険 負 担 割 合 証</p> <p>交付年月日 年 月 日</p>											
被 保 険 者	番 号										
	住 所										
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日						
		性別	男・女								
利用者負担 の割合	適 用 期 間										
割	開始年月日	平成	年	月	日						
	終了年月日	平成	年	月	日						
割	開始年月日	平成	年	月	日						
	終了年月日	平成	年	月	日						
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 及 び 印 名 称	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>										

- この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
- 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。