

介護保険負担割合証の見かた ※ピンク色の証書です

介護保険負担割合証	
交付年月日	
被 保 険 者	番 号
	住 所
	フリガナ
	氏 名
	生年月日
利用者負担の割合	適 用 期 間
割	開始年月日 終了年月日
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 所在地及び印	東三河広域連合 豊橋市八町通二丁目16番地 電話番号(0532)2 6-8 4 6 8 - 8 4 6 9 印

負担割合 及び 適用期間を
ご確認ください。

「1割」、「2割」、「3割」があります。
適用期間内に割合が変更される場合、
上段に変更前の割合、下段に変更後の
割合が記載されます。