

高齢者 定期予防接種

(インフルエンザ・肺炎球菌)

が無料となる方へ



簡単!
医療機関で
提示するだけ!

令和3年9月からは区役所窓口での「無料対象確認証」の交付は行いません。
「介護保険料のお知らせ(納入通知書)」を大切に保管してください。
～65歳以上の方に6月下旬よりご自宅に郵送されています(再発行不可)～

〇〇年度介護保険料のお知らせ(納入通知書)(見本)

↓この書類を医療機関に見せるだけ!

封筒(見本)

↓この封筒で届きます。

介護保険料のお知らせ(納入通知書)です

〒650-8570
神戸市中央区加納町6-5-1
神戸 太郎 様

お問い合わせのときは、まずこの番号をお知らせください。
証番号

令和 年 月 日
神戸市 区

1 お知らせ

あなたの保険料段階は 第 階

2 期別保険料額

年次	4月(1期)	6月(2期)	8月(3期)	10月(4期)	12月(5期)	2月(6期)	合計
引当り額							
引当り額							
保険料額							

3 保険料の計算

項目	金額	減額	合計
引当り額			
減額			
合計			

4 保険料段階の決定根拠

※本人又は世帯の世帯戸籍簿が不明でない方については、届出中です。結果に基づき保険料額を決定する場合はあらためてお知らせします。

大切なお知らせです。必ず開封してご覧ください。

〒650-8570
神戸市中央区加納町6-5-1
神戸 太郎 様

みんなできさえる老後の安心
神戸市
介護保険

この欄を確認してください!
第1～3段階の方が無料対象者です。

※他にも無料対象者となることを証明する書類があります。

- 生活保護適用証明書
- 生活保護法医療券
- 介護保険負担限度額認定証
- 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証
- 神戸市発行の「公害医療手帳」
- 中国残留邦人等支援給付制度受給者「本人確認証」・「支援給付適用証明書」
- 無料対象確認証(電子・電話・郵送申請のみ：R3/9/1開始)

問い合わせ先

高齢者 肺炎球菌・インフルエンザ無料対象証明書類について
市総合コールセンター(年中無休8:00～21:00)

TEL:0570-083330 または 078-333-3330 FAX:078-333-3314

発行元:
神戸市

KOBE
UNESCO City of Design

神戸市 無料確認証

検索

リサイクル適性(A)

この印刷物は、印刷用の紙へリサイクルできます。

②介護保険負担限度額認定証

介護保険負担限度額認定証	
番号	
住所	
フリガナ氏名	
生年月日	性別
適用年月日	
有効期限	
食費の負担限度額	(介護予防)短期入所生活(療養)介護 その他サービス
居住費又は滞在費の負担限度額	ユニット型個室 ユニット型個室の多居室 個室型個室(特設等) 従来型個室(老健・療養等) 多居室
保険者番号並びに保険者の名称及び印	神戸市

見本

③後期高齢者医療限度額適用・標準負担減額認定証

後期高齢者医療限度額適用・標準負担減額認定証	
有効期限	
交付年月日	
被保険者番号	
住所	
氏名	
生年月日	
発効期日	
適用区分	
長期入院該当年月日	保険者印
保険者番号並びに保険者の名称及び印	兵庫県後期高齢者医療広域連合

見本

④生活保護適用証明書

生活保護適用証明書	
市区町村	神戸市
保護の種類	生活 住宅 医療 介護
保護開始年月日	年月日
保護終了年月日	年月日
保護者氏名	性別
生年月日	

見本

生活保護適用証明書	
市区町村	神戸市
保護の種類	生活 住宅 医療 介護
保護開始年月日	年月日
保護終了年月日	年月日
保護者氏名	性別
生年月日	

⑤生活保護法医療券

生活保護法医療券・調剤券			
地区	0000	交付員番号	000000-01
交付番号	0000000		
発行期間			
市区町村	神戸市東灘区		
交付員番号	1 2 2 8 1 0 9 3		
交付員印			
患者氏名	張水	診療科	外来
生年月日	昭和00年00月00日	性別	男 本人支給額

見本

⑥無料対象確認証(①~⑤がない場合のみ)

見本	
発行番号	NO. (行政事務センター)
〇〇年度 高齢者インフルエンザ予防接種 無料対象確認証	
●無料で接種を受けるには、高齢者インフルエンザ予防接種契約医療機関に、健康保険証などの氏名・生年月日・住所を 確認できるものを提示し、必ず接種前にこの確認証を医療機関に提出してください。接種後の提出は無効	
氏名	生年月日 (漢 歳)
住民登録の住所	
実施場所	インフルエンザ予防接種契約医療機関 実施期間 年月日～年月日
交付年月日	交付場所
医療機関の方へ:上記の方は予防接種自己負担額(1,500円)無料です。請求時はこの確認証を接種料請求書(水色)に添付。 定期接種対象者であること(生年月日等)の確認は医療機関にて十分に行ってください。	

⑦神戸市公害医療手帳

記号番号 神戸	
公害医療手帳	
認定	
有効期間	
氏名	
神戸市保健所	
交付	神戸市長 神長之印
フリガナ	
氏名	
住所	(年月日変更)
認定名称 病名	(年月日変更)

見本