

後期高齢者医療資格確認書交付・任意記載事項併記申請書兼入院日数届書

|       |                                             |          |    |
|-------|---------------------------------------------|----------|----|
| 届出者氏名 | 尾張 花子                                       | 被保険者との関係 | 本人 |
| 住所    | (〒 489 - 9999 )<br>尾張旭市●●町●丁目●番地 ●●マンション101 |          |    |
| 連絡先   | 自宅・携帯・職場 ( 090 ) 9999 - 9999                |          |    |

|        |                                                         |      |          |   |               |   |   |   |   |   |   |   |
|--------|---------------------------------------------------------|------|----------|---|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | 8ケタの番号                                                  | 個人番号 | 1        | 2 | 桁             | の | マ | イ | ナ | ン | バ | ー |
| フリガナ   | オワリ ハナコ                                                 |      | 生年<br>月日 |   | 昭和20 年● 月 ● 日 |   |   |   |   |   |   |   |
| 被保険者氏名 | 尾張 花子                                                   |      |          |   |               |   |   |   |   |   |   |   |
| 住所     | <input checked="" type="checkbox"/> 届出者の住所に同じ<br>(〒 - ) |      |          |   |               |   |   |   |   |   |   |   |

|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請理由<br><br>該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください | <p><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない</p> <p><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である</p> <p><input type="checkbox"/> 既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項についても記載したい</p> <p><input type="checkbox"/> その他<br/>※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください<br/>( )</p> <p>※マイナンバーカードを取得していない方、取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。</p>                                                                                           |
| 任意記載事項の記載の希望                                                   | <p>任意記載事項の記載を希望する（希望するもの全てに<input checked="" type="checkbox"/>してください）</p> <p><input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分<br/>(長期入院： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 )<br/>※長期入院該当者の方は、裏面の入院した医療機関等の欄を記入してください</p> <p><input type="checkbox"/> 特定疾病区分</p> <p><input type="checkbox"/> 任意記載事項の記載を希望しない</p> <p>※任意記載事項を記載することで、例えば、同一医療機関等において、1箇月につき定められた自己負担限度額の範囲内で療養の給付を受けることができます。</p> <p>※「自己負担限度額等の適用区分」とは、自己負担限度額の適用区分又は食事療養標準負担額若しくは生活療養標準負担額の減額の適用区分をいいます。</p> <p>※「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が定める特定疾病（人工腎臓を実施する慢性腎不全など）の認定を受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す区分（記号で表記）をいいます。</p> |

|                          |               |                                     |                  |  |
|--------------------------|---------------|-------------------------------------|------------------|--|
| ※ この欄は長期入院該当者のみ記入してください。 |               |                                     | 入院日数合計（      日間） |  |
| ①                        | 申請日の前1年間の入院日数 | 年    月    日～    年    月    日（    日間） |                  |  |
|                          | 入院をした保険医療機関等  | 名称                                  |                  |  |
|                          |               | 所在地                                 |                  |  |
| ②                        | 申請日の前1年間の入院日数 | 年    月    日～    年    月    日（    日間） |                  |  |
|                          | 入院をした保険医療機関等  | 名称                                  |                  |  |
|                          |               | 所在地                                 |                  |  |
| ③                        | 申請日の前1年間の入院日数 | 年    月    日～    年    月    日（    日間） |                  |  |
|                          | 入院をした保険医療機関等  | 名称                                  |                  |  |
|                          |               | 所在地                                 |                  |  |
| ④                        | 申請日の前1年間の入院日数 | 年    月    日～    年    月    日（    日間） |                  |  |
|                          | 入院をした保険医療機関等  | 名称                                  |                  |  |
|                          |               | 所在地                                 |                  |  |
| ⑤                        | 申請日の前1年間の入院日数 | 年    月    日～    年    月    日（    日間） |                  |  |
|                          | 入院をした保険医療機関等  | 名称                                  |                  |  |
|                          |               | 所在地                                 |                  |  |

愛知県後期高齢者医療広域連合長    様

※該当する項目を☑としてください。

☐ 1    上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療

資格確認書の交付  
任意記載事項併記

を申請します。

☐ 2    上記のとおり、関係書類を添えて、入院日数届書を提出します。

令和●年    ●月    ●日

申請者 氏名    尾張    花子

資格確認書受領書

本日、窓口にて後期高齢者医療資格確認書を受け取りました。

年    月    日

受領者氏名    記載不要

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <div>認定区分</div> <div><input type="checkbox"/> 低Ⅰ（非課税）    <input type="checkbox"/> 低Ⅰ（老福）    <input type="checkbox"/> 低Ⅰ（老福・経過）    <input type="checkbox"/> 低Ⅰ（保護）<br/><input type="checkbox"/> 低Ⅱ（非課税）    <input type="checkbox"/> 低Ⅱ（経過）    <input type="checkbox"/> 低Ⅱ（保護）<br/><input type="checkbox"/> 一般Ⅰ    <input type="checkbox"/> 一般Ⅱ    <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ    <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ    <input type="checkbox"/> 現役Ⅲ</div> <div>送付</div> <div><input type="checkbox"/> 郵送日・交付日（    年    月    日）</div> | 受付者 | 入 力 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     | 日付  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     | 担当  |