

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

要配慮者

令和〇年 〇月 〇日

申請（届出）者名	広域 太郎	本人との関係	本人
申請（届出）者住所	岐阜市柳津町宮東 1-1	連絡先電話番号	058-123-4567
被保険者番号	01234567	個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ	
	氏名	広域 太郎	
	生年月日	昭和12年 3月 4日	
	住所	岐阜市柳津町宮東 1-1	

申請者の本人確認書類
 官公署発行のもので、顔写真入りの書類1点
 または顔写真入りでない書類2点
 申請者が同一世帯外の代理人の場合
 本人確認書類+委任状

岐阜県後期高齢者医療広域連合長

※該当する項目を☑としてください。

1. 下記のとおり、関係書類を添えて資格確認書の交付・任意記載事項の併記を申請します。

2. 裏面のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。

申請理由	<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 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である <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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ※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。 () ※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。
該当するものに☑してください 任意記載事項の記載の希望	任意記載事項の記載を希望する（希望するもの全てに☑してください） <input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 （長期入院： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当） <input type="checkbox"/> 特定疾病区分 <input type="checkbox"/> 任意記載事項の記載を希望しない ※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か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。 ※「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。 ※「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。

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。
 入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

入院日数合計（ 日間）		
①	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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		