

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

年 月 日

申請（届出） 者名	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人			
申請（届出） 者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ	連絡先 電話番号				
被保険者番号		個人番号	●	●	●	●
被 保 険 者	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年	月	日		
	住所					

岐阜県後期高齢者医療広域連合長	
※該当する項目を <input checked="" type="checkbox"/> としてください。	
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 2. 裏面のとおりに、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がない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である <input 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。
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。

*申請者の受け取り方法（書留郵便 ・ 窓口受取 ・ 振興事務所受取）

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

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

令和 × 年× 月 × 日

申請（届出）者名	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者に同じ	本人との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人
申請（届出）者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者に同じ	連絡先電話番号	090-****-****
被保険者番号	01234567	個人番号
被 保 険 者	フリガナ	ゲロ タロウ	
	氏名	下呂 太郎	
	生年月日	昭和××年× 月××日	
	住所	下呂市森960番地	

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. 裏面のとおりに、関係書類を添えて入院日数届書を提出し

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 <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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> してください） <input checked="" 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。

申請理由が「マイナンバーカードでの受診が困難」な場合、今後も資格確認書が継続的に交付されます

*申請者の受け取り方法（書留郵便 ・ 窓口受取 ・ 振興事務所受取）