

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	西尾 太郎	①	被保険者 との関係	本人
住 所	〇〇〇-〇〇〇〇 西尾市〇〇町〇〇番地	申請者の氏名、住所、被保険者との関係、連絡先を記入してください。 本人以外の場合は、委任状が必要です。		
連 絡 先	自宅・携帯・職場（			

被保険者番号	12345678	個人番号	記入不要	
フリガナ	ニシオ タロウ	②	年月日	昭和〇〇年〇月〇日
被保険者氏名	西尾 太郎	被保険者の被保険者番号、氏名、生年月日、住所を記入してください。個人番号は記入不要です。		
住 所	〇〇〇-〇〇〇〇 西尾市〇〇町〇〇番地			

申請理由	☐ マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、新しいマイナンバーカードが手元にない	③	要配慮者（マイナンバーカードでの受診が困難）にチェックしてください。
	☐ マイナンバーカードを返納する予定である		
該当するものに☑してください	☒ 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	④	マイナンバーカードでの受診が困難な状況を記入してください。
	☐ 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		
	☐ その他 ※マイナンバーカードによるオンライン資格確認が困難な状況（（例）施設へ入所しているため。高齢でマイナンバーカードの管理が難しいため等） ※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☑してください）
	☐ 自己負担限度額等の適用区分 （長期入院： ☐ 該当 ☐ 非該当 ） ※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
	☐ 特定疾病区分
	☐ 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 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。
	※「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。

※ 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 西尾 太郎

⑤

申請日、申請者氏名を記入してください。
代理人の場合は、代理人氏名を記入してください。

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

記入不要

認定区分	受付者	入力
☐ 低Ⅰ（非課税） ☐ 低Ⅰ（老福） ☐ 低Ⅰ（老福・経過） ☐ 低Ⅰ（保護） ☐ 低Ⅱ（非課税） ☐ 低Ⅱ（経過） ☐ 低Ⅱ（保護） ☐ 一般Ⅰ ☐ 一般Ⅱ ☐ 現役Ⅰ ☐ 現役Ⅱ ☐ 現役Ⅲ		日付
送付		担当
☐ 郵送日・交付日（ 年 月 日）		