

後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書

被保険者番号								
交付を希望する被保険者	フリガナ 氏 名							生年月日 明・大・昭 年 月 日
個人番号								
住 所								

申請理由 該当するものに ☑してください	<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 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(要配慮者) <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(保険証紛失のため:新規に資格確認書交付する場合) <input type="checkbox"/> その他(任意記載事項併記新規申請のため:新規に資格確認書交付する場合) <input type="checkbox"/> その他(上記以外) ※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☑してください) <input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 <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。
------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、資格確認書の交付・任意記載事項の併記を申請します。

年 月 日

申請者

氏 名

住 所

電話番号

被保険者本人との関係

受付	申請者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同世帯員(住基確認) <input type="checkbox"/> 後見人(登記事項証明等確認) <input type="checkbox"/> 別世帯員等(代理権、続柄確認)
	本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 写真付個人番号カード <input type="checkbox"/> その他顔写真付証明書() <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 各種健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他公的証明証()
証交付 <input type="checkbox"/> 窓口交付⇒本人,同世帯員,後見人 <input type="checkbox"/> 郵送交付(発送日 / ,受療証交付 有・無		

後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	
交付を希望する被保険者	フリガナ 氏名	サガミ タロウ 相模 太郎						生年月日	明・大・昭 10年 11月 12日
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2								
住所	相模原市中央区中央2-11-15								

申請理由

該当するものに☑してください

- マ
- マ
- 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(要配慮者)
- 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(保険証紛失のため:新規に資格確認書交付する場合)
- その他(任意記載事項併記新規申請のため:新規に資格確認書交付する場合)
- その他(上記以外)

※マイナンバーカード

この申請理由に☑を付けた場合、継続交付者として、有効期限が切れた際、職権にて資格確認書を継続交付します。

既に資格確認書交付済の方は、資格確認書等再交付申請書で申請してください。

注意！！この申請書を提出した方のうち、有効な紙の保険証や資格確認書をお持ちの方には、資格確認書は交付されません。

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
- 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、自己負担限度額の範囲内での負担額を軽減する。また、「自己負担限度額等の軽減」は、生活療養標準負担額の減額を指す。

※「特定疾病区分」とは、厚生労働省が定める特定疾病を受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す。

低Ⅱで長期入院該当の新規申請をする際は、後期高齢者医療長期入院届出書と91日以上入院日数を証明する書類の提出が必要です。

特定疾病療養受療証を新規申請する際は、別途、後期高齢者医療特定疾病認定申請書と医師の証明書、又は、以前加入していた医療保険の「特定疾病療養受療証」の写しが必要です。

申請を代理人がする場合、窓口申請では委任状と代理人の身分確認証、郵送の場合は本人の身分確認証のコピーが必要です。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、資格確認書の交付・任意記載事項の併記を希望します。

令和6年 12月 2日

申請者

氏名 相模 太郎

住所 相模原市中央区中央2-11-15

電話番号 042-123-4567

被保険者本人との関係 本人

受付

申請者 本人 同世帯員(住基確認) 後見人(登記事項証明等確認) 別世帯員等(代理権、続柄確認)

本人確認 運転免許証 旅券 写真付個人番号カード その他顔写真付証明書()

介護保険証 各種健康保険証 年金手帳 その他公的証明証()

証交付 窓口交付⇒本人, 同世帯員, 後見人 郵送交付(発送日 / / , 受療証交付 有・無)