



届出者氏名		本人との関係	本人・その他（ ）
住所			
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場（ ） -		

被 保 険 者 番 号		個 人 番 号
被 保 険 者	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住 所	☐ 届出者の住所に同じ 豊田市

申請理由 該当するものに☑してください	☐ 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 ☐ マイナンバーカードを返納する予定である ☐ 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 ☐ 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 ()
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。

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

※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

※窓口に来た人が本人以外の場合は、裏面〔委任欄〕の記載が必要です。（別紙様式：委任状可）

申請者 氏名 _____

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 _____

※ 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	

〔 委任欄 〕 愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

表面の手続きを委任します。

委任者 （被保険者）	住所	☐ 表面の住所に同じ		
	氏名	印 自署の場合は押印不要	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
受任者 （窓口に来た人）	住所			
	氏名		生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成
	委任者との関係	親族（続柄 ）・担当民生委員・近隣協力者・友人 施設職員・ケアマネジャー・その他（ ）		
確認	個人番号カード・運転免許証・運転経歴証明書・パスポート・特別永住者証明書 在留カード・身体障がい者手帳・精神障がい者保健福祉手帳・療育手帳・その他（ ）			
	健康保険資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 介護保険負担割合証・生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証 その他（ ） ※その他については、名前と生年月日又は住所の明記のあるもの			

認定区分 ☐ 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） ☐ 現役Ⅰ ☐ 現役Ⅱ ☐ 現役Ⅲ ☐ 一般Ⅰ ☐ 一般Ⅱ 送付 ☐ 郵送日・交付日（ 年 月 日）	受付者	入 力	
			日付
			担当