

## 記入例

第6号（規則第8条・第14条・第15条・第15条の2・第15条の3関係）  
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

R7.2改訂

受付印

届出者氏名	豊田 花子	本人との関係	本人・ <u>その他</u> （妻）
住所	豊田市西町3丁目60		
連絡先電話番号	<u>自宅</u> ・携帯・職場（●●●●）▲▲－■■■■		

被保険者番号	01234567（8桁）	個人番号	XXXXXXXXXXXX
被 保 険 者	フリガナ	トヨタ 花子	
	氏名	豊田 太郎	
	生年月日	明治・大正・ <u>昭和</u> ▲▲年 ■■月 ●●日	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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 <input checked="" 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 ( )
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 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 checked="" type="checkbox"/> 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 <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。

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 豊田 花子

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。
令和 年 月 日 受領者氏名

