

後期高齢者医療資格確認書交付申請書 兼 任意記載事項併記申請書

令和 年 月 日

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	被保険者番号									個人番号		
	氏名											
	生年月日	明治・大正・昭和			年	月	日					
	住所等											
											(電話番号 - -)	

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 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・変更したい <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☑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。
------------------	--

申請が被保険者 以外の場合	氏名		被保険者との続柄	
	住所等 (☐被保険者と同じ)			
(電話番号 - -)				

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください（申請（届出）が被保険者以外の場合で住所や電話番号が被保険者と同じ場合はレ点を付けてください）。

市区町村処理欄

受付日	任意記載事項併記入力	資格確認書作成	受付	端末入力	交付	受付責任者
・	・	<input type="checkbox"/> 現役並Ⅲ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ（保） <input type="checkbox"/> 現役並Ⅱ <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ <input type="checkbox"/> 特定疾病A <input type="checkbox"/> 現役並Ⅰ <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ（老福） <input type="checkbox"/> 特定疾病B <input type="checkbox"/> 一般Ⅱ <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ（境） <input type="checkbox"/> 特定疾病C <input type="checkbox"/> 一般Ⅰ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ（保） <input type="checkbox"/> 併記無し				窓口・郵便

本人確認：保険証・資格確認書・免許証(No.)・マイナンバーカード・その他()