

【後期高齢者医療】各種証の交付申請書・届出書

大山崎町長 様
京都府後期高齢者医療広域連合長 様

太枠内を記入
申請日： 令和 年 月 日

申請者	フリガナ			電話番号				
	氏名			対象者との続柄	☐ 本人 ☐ 夫・妻 ☐ 子	☐ その他 ()		
	住所	大山崎 大山崎町字 円明寺 小字 下植野						
対象者	フリガナ			生年月日	昭・平・令 年 月 日			
	氏名	☐ 申請者と同じ		証番号				
	住所	☐ 申請者と同じ 大山崎 大山崎町字 円明寺 小字 下植野						
各種証交付申請	申請目的	☐ 新規交付 ☐ 再交付(紛失・盗難・破損・汚損・)			マイナ保険証	交付履歴	資格確認書 再交付時 健管確認	
	交付書類	☐ 資格確認書 ☒ 資格情報のお知らせ ☐ 限度証・減額証(再交付のみ) ☐ 特定疾病療養受療証(☐ 任意事項記載)			☐ 有 ☐ 無 ☐ 解除	☐ 被保険者証 ☐ 確認書 ☐ お知らせ	☐ 該当 ☐ 非該当 (福祉課)	
	限度額区分	(資格確認書の交付)			区分	低 一般 現役		
	◆通勤中や職務中の傷病による受診ですか (労災の対象ではないですか?) ☐ はい ☐ いいえ ◆交通事故など第三者行為による受診ですか (第三者行為の場合は別の届出が必要です。) ☐ はい ☐ いいえ			I・II I・II I・II・III				
				申告	有・無	発効期日		
				有効期限		☐ 申請月1日		
				☐ 次の7月末		☐ 加入日・転入日		
	長期入院の届出	長期入院該当	(区分が「低II」の場合)			入院情報	☐ 基幹系(レセプト照会) ☐ 期間の分かるもの(領収書等)	
		◆直近1年間に90日以上入院をしましたか ☐ はい ☐ いいえ			該当年月日	☐ 翌月1日		
		①医療機関名: 期間: / / ~ / /			食事代差額	☐ 案内(要領収書)		
②医療機関名: 期間: / / ~ / /			証交付	☐ 有 ☐ 無				
③医療機関名: 期間: / / ~ / /			旧証	☐ 無 ☐ 回収 ☐ 封筒				
マイナ保険証解除申請	マイナ保険証利用登録の解除を申請します。 ☐ 【マイナナンバーカードの健康保険証利用登録の解除について】を確認しました マイナ保険証利用登録の解除理由は 署名:					マイナ保険証登録	☐ 有 ☐ 無	
						確認書交付	☐ 必要 ☐ 不要	
書類 受領者署名(受領日)				(/)		☐ 後日交付(/)		
備 考				本人確認				
				マイナナンバー・免許証・パスポート・資格確認書・ 学生証・診察券・その他()				
				受付	作成	確認	紛失入力	