

様式第 1 号（第 5 条関係）

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

交付を希望する被保険者	フリガナ氏 名							生年月日				
個 人 番 号												
住 所	〒 ー											

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 ※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） ☐ 自己負担限度額等の適用区分 ☐ 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 か月につき定められた自己負担限度額の範囲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言います。 ※「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）を言います。

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

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

（代理人が申請する場合は、別途、委任状の添付が必要になります。）

様式第 3 号（第 7 条関係）

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（変更・喪失）届書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

	新規（変更・喪失）		変更前
フリガナ			
氏 名			
個 人 番 号			
生 年 月 日			
住 所			
申 請 区 分			
申 請 事 由			
マイナンバーカード （※）健康保険証利用 登録の有無	☐ 有 ☐ 無		
所有手帳又は証書種類			

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。

※ マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限りします。

様式第4号（第8条関係）

後期高齢者医療負担区分等証明申請書

年 月 日 （都道府県） （市区町村）に転出
するので本人及び同一世帯に転出する以下の者に係る下記の証明書の交付を申請します。

証明書を選択してください

負担区分等証明書

高齢者の医療の確保に関する法律による認定証明書

氏 名

氏 名

氏 名

氏 名

氏 名

年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

申 請 者 旧 住 所 _____
新 住 所 _____
氏 名 _____

資格に係る事実記載書面申請書

届 出 者 名		被 保 険 者 と の 関 係	
届 出 者 住 所		連 絡 先 電 話 番 号	

被 保 険 者	個人番号または 被保険者番号	
	フリガナ	
	氏　　　名	
	生年　月　日	

資格に係る事実について記載を求める全ての項目を選択してください。
〔必須記載〕期間（ 年 月 日～ 年 月 日）
☐資格取得事由
☐資格取得年月日
☐資格喪失事由
☐資格喪失年月日
☐資格保有期間
☐一部負担金の割合及びその有効期間
☐自己負担限度額適用区分及びその有効期間
☐その他（）

上記のとおり、資格に係る事実記載書面の交付を申請します。

年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

様

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長

資格に係る事実記載通知書

○年○月○日付けで申請のあった資格に係る事実記載書面申請について、次の通り通知します。

資格の有無	有 ・ 無	
被保険者氏名		
生年月日	年 月 日	
保険者名		
保険者番号		
被保険者番号		
資格取得事由		
資格取得年月日	年 月 日	
資格喪失事由		
資格喪失年月日	年 月 日	
資格保有期間	年 月 日～ 年 月 日	
一部負担金の割合及び その有効期間		年 月 日～ 年 月 日
自己負担限度額適用区分 及びその有効期間		年 月 日～ 年 月 日
その他（ ）		

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保 険 者 番 号		個人番号				
被 保 険 者 番 号		療 受 養 け を た	被保険者氏名			
公 費 負 担 者 番 号			生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日		
公 費 受 給 者 番 号			入 外	入院・外来	割 合	9・8・7
診 療 年 月	年 月	療養期間	年 月 日 から			
診 療 日 数	日		年 月 日 まで			

種 類	補装具 ・ 一般診療 ・ 海外診療 ・ ()				
傷 病 名					
診療を受けた医療機関等の所在地					
診療を受けた医療機関名又は施術師					
支給申請をした理由					
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）				

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額		療養に要した費用額	
一 部 負 担 金		食 事 標 準 負 担 額	
支 給 金 額			

振 込 先		銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 業 協 同 組 合 ()		本 店 支 店 出 張 所 ()	預 金 種 別	1 普 通
	口 座 番 号 (7 桁)					2 当 座
	口 座 名 義 人	(カナ)				4 貯 蓄
						※姓と名の間は1字あけてください。

☐ 公金受取口座を利用します。
※給付金の受取口座として、公金受取口座を希望する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します」にチェック (✓) してください。
※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は必要ありませんが、記載があった場合は上記口座への振込を優先します。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 郵便番号 〒 ー

住 所

氏 名

電話番号

■市町村確認欄（収納状況）

未納	支給方法	特別な理由等（未納『有』で支給方法『口座』の場合記入）			
有・無	口座・窓口	☐ 納付誓約	☐ 減免該当	☐ 長期入院等	☐ 住所地特例 ☐ その他 ()

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号			個人番号	
被 保 険 者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日			
	住所			
疾 病 の 名 称		1.	人工腎臓を実施している慢性腎不全	
		2.	血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固Ⅸ因子障害(いわゆる血友病)	
		3.	抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)	
鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿 上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療特定疾病療養受療証の交付を申請します。 年 月 日				