



※ 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	

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様  
 ※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

申請者 氏名 **弥 富 金 魚**

**被保険者本人  
 又は委任状がある場合は受任者**

**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

<b>認定区分</b> <input type="checkbox"/> 低Ⅰ（非課税） <input type="checkbox"/> 低Ⅰ（老福） <input type="checkbox"/> 低Ⅰ（老福・経過） <input type="checkbox"/> 低Ⅰ（保護） <input type="checkbox"/> 低Ⅱ（非課税） <input type="checkbox"/> 低Ⅱ（経過） <input type="checkbox"/> 低Ⅱ（保護） <input type="checkbox"/> 一般Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般Ⅱ <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ <input type="checkbox"/> 現役Ⅲ	受 付 者	入 力
	<b>送付</b> <input type="checkbox"/> 郵送日・交付日 ( 年 月 日)	

申請者 確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書・身体障害者手帳 その他写真が貼付された官公署の発行する証明書( )
	資格確認書・年金手帳(基礎年金番号通知書)・年金証書・介護保険被保険者証・生活保護受給証明書・預金通帳 雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・クレジットカード・社員証・その他( )

確 認	
--------	--