

青森県後期高齢者医療広域連合告示第 20 号

平成 20 年青森県後期高齢者医療広域連合告示第 7 号、平成 30 年青森県後期高齢者医療広域連合告示第 16 号、令和 2 年青森県後期高齢者医療広域連合告示第 2 号、令和 2 年青森県後期高齢者医療広域連合告示第 10 号、令和 3 年青森県後期高齢者医療広域連合告示第 18 号及び令和 4 年青森県後期高齢者医療広域連合告示第 9 号において定めた、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 54 条第 1 項に規定する被保険者の資格の取得又は喪失に係る届出の様式等の一部を次のように改正する。

令和 6 年 11 月 26 日

青森県後期高齢者医療広域連合長 西 秀記



以下の様式を別紙のとおり改める。

法第 54 条第 1 項に規定する被保険者の資格の取得もしくは喪失に係る届出又は高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成 19 年厚生労働省令第 129 号。以下「施行規則」という。）第 8 条第 1 項に規定する申請に係る様式	第 1 号様式
施行規則第 17 条第 1 項又は施行規則第 21 条第 1 項に規定する申請書	第 2 号様式 第 2 号の 2 様式 第 2 号の 3 様式 第 2 号の 4 様式 第 2 号の 5 様式
施行規則第 67 条第 1 項に規定する申請書	第 8 号様式
施行規則第 16 条第 1 項に規定する申請書	第 16 号様式

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（※）の健康保険証利用登録の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
所有手帳又は証書種類		

青森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年ごとに更新が必要）が有効であるものに限りま。

後期高齢者医療資格確認書再交付申請書

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		
申 請 の 理 由			
青森県後期高齢者医療広域連合長 殿			
上記のとおり、後期高齢者資格確認書の再交付を申請します。			
令和 年 月 日			

後期高齢者医療資格情報のお知らせ再交付申請書

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		
申請の理由			
<p>青森県後期高齢者医療広域連合長 殿</p> <p>上記のとおり、後期高齢者医療資格情報のお知らせの再交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p>			

後期高齢者医療特定疾病療養受療証再交付申請書

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		
申 請 の 理 由			
青森県後期高齢者医療広域連合長 殿			
上記のとおり、後期高齢者医療特定疾病療養受療証の再交付を申請します。			
令和 年 月 日			

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証再交付申請書

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	
申 請 の 理 由		
<p>青森県後期高齢者医療広域連合長 殿</p> <p>上記のとおり、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p>		

後期高齢者医療限度額適用認定証再交付申請書

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		
申 請 の 理 由			
<p>青森県後期高齢者医療広域連合長 殿</p> <p>上記のとおり、後期高齢者医療限度額適用認定証の再交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p>			

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 年 月 日
被保険者番号	個人番号							
住所								

申請理由	<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 ()
該当するものに ☑してください	※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。

青森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 _____

被保険者本人との続柄 _____

(※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。)