

後期高齢者医療資格確認書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			

任意記載事項の 記載の希望	<p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分</p> <p><input type="checkbox"/> 特定疾病区分</p> <p>※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。</p> <p>※「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。</p> <p>※「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。</p>
------------------	---

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、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。)