

大阪府後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例施行規則の一部を
改正する規則をここに公布する。

令和8年6月2日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 野田 義和

大阪府後期高齢者医療広域連合規則第7号

大阪府後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例施行規則の一部
を改正する規則

大阪府後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例施行規則（平成20年大阪府後期高齢者医療広域連合規則第4号）の一部を次のように改正する。

様式第1号、様式第2号、様式第2号の2及び様式第4号を次のように改める。

（次のよう 別記）

附 則

（施行期日）

1 この規則は、令和8年6月14日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際、現にあるこの規則による改正前の大阪府後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例施行規則の様式による用紙は、当分の間、所要の調整の上、改正後の様式により作成した用紙として使用することができる。

(裏)

※ 本人確認欄

<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 賦課決定通知書	<input type="checkbox"/> 納入通知書	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書	<input type="checkbox"/> 特定在留カード・特定特別永住者証明書	<input type="checkbox"/> 障害者手帳		
<input type="checkbox"/> その他 ()				

処理者	確認者	証発行者

(裏)

※ 本人確認欄

<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 賦課決定通知書	<input type="checkbox"/> 納入通知書	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書	<input type="checkbox"/> 特定在留カード・特定特別永住者証明書	<input type="checkbox"/> 障害者手帳		
<input type="checkbox"/> その他 ()			

処理者	確認者	証発行者

(表)

受付日

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
個人番号											
住所											

申請理由 該当するものに☑してください	<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 () ※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。

大阪府後期高齢者医療広域連合長

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。)

(裏)

※本人確認欄

<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 賦課決定通知書	<input type="checkbox"/> 納入通知書	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書	<input type="checkbox"/> 特定在留カード・特定特別永住者証明書	<input type="checkbox"/> 障害者手帳		
<input type="checkbox"/> その他 ()			

処理者	確認者	証発行者

様式第4号

受 付 日

後期高齢者医療（資格確認書・資格情報のお知らせ）再交付申請書

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

後期高齢者医療（資格確認書・資格情報のお知らせ）の再交付を次により申請します。なお、紛失等にかかるもので後日発見した場合は、直ちに返還します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 ー		
電話番号			
申請の事由	紛失・盗難・火災・汚損・破損・その他（ ）		
被 保 険 者	保険者番号		
	被保険者番号		
	フリガナ		
	氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 ー	
	個人番号		

<本人確認欄> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 賦課決定通知書 <input type="checkbox"/> 納入通知書 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 特定在留カード・特定特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
--	--	--	--

処理者	確認者	証発行者

