

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

記入見本

交付を希望する 被保険者	フリガナ 氏 名		
被保険者番号		個人番号	
住 所			

- 被保険者氏名（フリガナ）
- 被保険者の生年月日
- 被保険者番号（不明の場合は記入不要）
- 個人番号（不明の場合は記入不要）
- 被保険者の住所

を記入してください。

申請理由	☒ 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がない ☒ マイナンバーカードが 該当するものに ☒ ☒ 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（または被保険者証）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
該当するものに ☒ してください	※マイナンバーカードが 自己負担限度額や特定疾病区分を資格確認書に記載したい場合は ☒ （ ※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（希望するものすべてに ☒ 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 ※任意記載事項を記載することで、例えば、同一 圏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 定疾病を指す区分（記号で表記）をいいます。
------------------	---

任意記載事項の記載希望について、必ず ☒ をつけてください。（複数選択可能）

- 自己負担限度額等の適用区分…区Ⅰ・般Ⅰ・現役Ⅰなどの自己負担の限度額の適用区分を記載したい場合に ☒
- 特定疾病区分…特定疾病療養受領証をお持ちの方で、特定疾病区分を記載したい場合に ☒
- 任意記載事項の記載を希望しない…なにも記載しない場合に ☒（印字しません）

東京都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。

令和 年 月 日

申請者

氏 名

住 所

電話番号

被保険者本人との関係 本人・子・その他（ ）

（※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。）

区処理欄

申請者は被保険者本人でも可能です。

- ・ 申請年月日
- ・ 申請者氏名
- ・ 申請者住所
- ・ 日中連絡のつく連絡先
- ・ 被保険者との関係

を記入してください。

※代理人が申請する場合は、別途委任状の添付が必要です。

課 長	係 長	係 員	再 検

受付印