

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<br>被保険者 | フリガナ | 生年月日<br>大正・昭和 年 月 日 |
|                 | 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

マイナンバーカードを返納する予定である

介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の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を返納する場合は、返納後、マイナンバーカードを再取得し、資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。

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に

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しない

※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特定疾病を指す区分（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です。）

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