

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			
被 保 険 者 番 号			個人番号												
住 所															

申 請 理 由 該当するものに ☒ してください	☐ 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 ☐ 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 ※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） ☐ 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。

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

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

被保険者本人との関係

(※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。)

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	コウイキ 広域	ハナコ 花子	生 年 月 日	昭和24年12月30日									
被保険者番号	01234567	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8

住 所	千代田区飯田橋三丁目5番1号
-----	----------------

本申請書の提出は任意です。

本申請書は、マイナ保険証での受診が困難な方が申請いただけます。

普段からマイナ保険証を支障なくご利用されている方は、提出いただく必要はありません。引き続きマイナ保険証をご利用ください。

こちらへチェック
してください

申 請 理 由
該当するものに
☑してください

- ☐ マイナンバーカードを紛失した又は更新中
☐ 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、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

※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）

- ☐ 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

※「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が認定を受けた特定疾病

こちらへ丸を
つけてください

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり、**資格確認書の交付**・任意記載事項

年 月 日

申請者

氏 名 広域 花子

住 所 千代田区飯田橋三丁目5番1号

電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

被保険者本人との関係 本人

本申請書は、表面に必要事項（記入例の赤字部分）を記載の上、お住まいの市区町村の窓口にお持ちいただくか、郵送によりご提出ください。

申請書には身元確認書類及び個人番号の確認書類（郵送の場合は写し）の両方を添付してください。

※マイナンバーカードは1枚で両方の確認をすることができます。

※申請が集中した場合、交付まで相当の期間（状況により数か月程度）を要する場合がありますのでご承知おきください。

※ご不明な点がございましたら、「広域連合お問合せセンター」（0570-086-519）か、お住まいの市区町村の後期高齢者医療担当にお問い合わせください。

（※代理人が申請する場合は、別途、委任状の添付が必要になります。）