

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	ヒノ タロウ 日野 太郎										生 年 月 日 昭和〇〇年 〇月〇日			
被保険者番号	12345678		個人番号												
住 所	日野市神明1-12-1														

太枠内を記入してください。
個人番号（マイナンバー）が
わからない場合は記入不要で
す。

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。

こちらに☑
を記入して
ください。

こちらに☑
を記入して
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 ・ 任意記載事項の併記 を申請します。

令和〇年 〇月 〇日

本人または代理で申請される方についてご記入してください。

申請者 氏 名	日野 花子
住 所	日野市神明1-12-1 マンション日野
電話番号	042-514-8293
被保険者本人との関係	子

（※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。）