

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	<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。

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 。 ）

（用紙規格 A4）

来た方	本人確認	本人確認が1点で完了するもの	本人確認が2点で完了するもの	申請のみ
<input type="checkbox"/> 本人	本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 申請のみ
<input type="checkbox"/> 親族		<input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 手渡し
<input type="checkbox"/> 代理人		<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 郵送
		<input type="checkbox"/> 愛の手帳	<input type="checkbox"/> その他官公署から発行したもの	
		<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書	<input type="checkbox"/> その他官公署から発行したもの	
		<input type="checkbox"/> その他官公署から発行の顔写真交付身分証明書		
		<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 介護保険証	
		<input type="checkbox"/> 在留カード		
		()	()	(/)