

後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記

記入見本

交付を希望する 被 保 険 者	フリガナ 氏 名	生年月日	天正 昭和	年	月	日
被保険者番号	個人番号					
住 所	被保険者ご本人について記入してください					

申 請 理 由 該当するものに ☑してください	☐ 保険証（または資格確認書）を紛失した ☐ 有効な保険証が手元にあるが、任意記載事項が記載された資格確認書がほしい ☐ 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 ☐ 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、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。 ☐ その他 ※マイナンバーカードによるオンライン（ ※マイナンバーカードを取得していない方は、資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。	該当する内容にチェックを入れてください （複数選択可）
-------------------------------	---	--------------------------------

継続交付希望	マイナンバーカードでの受診が困難な場合、希望により、マイナ保険証の保有状況にかかわらず今後の交付物を資格確認書にすることができます。以下のいずれかに☑してください。 ☐ 希望する ☐ 希望しない	
任意記載事項の 記 載 の 希 望 希望するもの 全てに☑して ください	☐ 任意記載事項の記載を希望しない ☐ 自己負担限度額等の適用区分 ※ 任意記載事項を記載することで、例えば、同一医療機関等へ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をいいます。 ☐ 特定疾病区分 ※ これまでに「特定疾病療養受領証」を交付されていない方は、事前に「特定疾病認定申請」が必要です。 ※ 「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。	原則記入不要です。 特に希望するものがある場合のみ、 該当する項目にチェックを入れてください。

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 年 月 日

申請者 氏 名 (本人との関係)

住 所

電話 ()

申請する方(この申請書を記入している方)
について記入してください

出張所記入欄					
白・富・豊・小・亀・大・砂・南				受付	
受 付 者		受 付 日	月 日	郵便処理	
				未処理	
返戻なし ☐				併記	なし ☐ 限 ☐ 特 ☐