

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<br>被保険者 | フリガナ          | スミダ タロウ |      |  |  |  |  | 生年月日 | T・S12年3月4日 |  |  |  |
|                 | 氏名            | 墨田 太郎   |      |  |  |  |  |      |            |  |  |  |
| 被保険者番号          | 12345678      |         | 個人番号 |  |  |  |  |      |            |  |  |  |
| 住所              | 墨田区吾妻橋1-23-20 |         |      |  |  |  |  |      |            |  |  |  |

太枠内をご記入ください。  
※個人番号欄は、わからない場合は  
記入不要です。

|                    |                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請理由               | <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                                                                                                                                                                                            |
| 該当するものに<br>☑してください | <input type="checkbox"/> 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、<br>マイナンバーカードでの受診が困難である                                                                                                                                                  |
|                    | <input checked="" 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<br><input type="checkbox"/> その他（<br>※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。                                                                              |
| 任意記載事項の<br>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）<br><input checked="" type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分<br><input type="checkbox"/> 特定疾病区分<br><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。<br>※「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。<br>※「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。 |

希望するものに☑を  
ご記入ください。

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

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 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。） |  |

太枠内をご記入ください。  
※本人が申請する場合は、電話番号と被保険者  
本人との関係のみご記入ください。

|                                     |      |      |    |    |    |     |      |
|-------------------------------------|------|------|----|----|----|-----|------|
| 【担当処理欄】《受付》窓口・郵送・出張所（緑・横川・東向・墨二・文花） |      |      |    |    |    |     |      |
| 負担区分                                | 限度記載 | 特定疾病 | 受付 | 資格 | 再検 | 送付  | 受付印  |
| 低<br>般<br>一定                        |      |      |    |    |    | 送付日 | 窓口交付 |
| 記入不要                                |      |      |    |    |    |     |      |

R7.8【身元確認】1点確認書類（個人番号カード 運転免許証 運転経歴証 旅券 障害者手帳 その他（ ））  
2点確認書類（資格確認書 介護保険証 介護負担割合証 その他（ ））  
【代理権確認】委任状 個人番号カード 運転免許証 運転経歴証 旅券 障害者手帳 資格確認書 その他（ ）  
【番号確認】個人番号カード 通知カード 住民票の写し 標準S