

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	スミダ タロウ	生年月日	T・S 12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	☐ マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効。
	☐ 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	☐ 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、 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（ 適用区分を記載したいため ） ※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 記 載 の 希 望	☐ 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✓と
申請理由をご記入ください。

こちらに✓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 長寿 花子
住 所 墨田区墨田1-2-3
電話番号 03-1234-5678
被保険者本人との関係 子

太枠内をご記入ください。
※本人が申請する場合は氏名・住所の
記入は不要です。

（ ※ 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。 ）

【処理欄】 窓口・郵送・出張所（緑・横川・東向・墨二・文化）

《身元確認》	負担区分	区分記載	特定疾病	受付	資格	証送付	受付
1点 MC 免許証 運転経歴証 旅券 障手帳 他							
2点 保険証・資 介保証 介負	記入不要						
《代理権》							
MC 免許証 運転経歴証 旅券 障手帳 委任状 保険証・資確書 他（ ）							
《番号確認》 MC 通 C 標 S 他（ ）							