

# 記入例

## 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	コウイキ タロウ <b>広域 太郎</b>	生年月日	〇〇年 〇月 〇日			
被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	マイナンバー12桁をご記入ください				
住所	資格確認書等に記載されている8桁の被保険者番号をご記入ください						〒140-8715 品川区広町2-1-36

- 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

郵送申請の場合、以下の書類をお送りください。

- ・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
- ・本人確認書類の写し

<申請者が本人の場合>

A:官公庁発行の顔写真付きの物

例:個人番号カード(通知カードではありません)、写真付住民基本台帳カード  
運転免許証、運転経歴証明書、パスポート、障害者手帳、在留カード 等

B:Aが無い場合⇒次の物どれか2点

例:後期高齢者医療資格確認書、介護保険証、官公署発行の通知書

<申請者が本人以外の場合>

本人の上記A・Bいずれか1点

申請者の上記AまたはB

任意記載事項  
記載の希望

※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ヶ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。

〇〇年〇〇月〇〇日

申請者

氏名 **広域 太郎**

住所 **〒140-8715 品川区広町2-1-36**

電話番号 **〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**

被保険者本人との関係 **本人**

受付印

【区処理欄】

証交付済( 年 月 日 ) 郵送 /