

## 記入例

、第27条、第28条関係）

## 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<br>氏 名                                                         | コウキ タロウ<br><b>広域 太郎</b> | 生 年 月 日<br><b>〇〇年 〇 月 〇日</b> |
| 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<br>をご記入ください<br><b>〒140-8715 品川区広町2-1-36</b> |                         |                              |

|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| いずれかに<br>チェックを<br>つけてくだ<br>さい。<br><br>申請理由<br>該当<br><input checked="" type="checkbox"/> | <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<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である<br><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、<br>マイナンバーカードでの受診が困難である<br><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                                                                                                                         |
|                                                                                         | ※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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 継続的に資格確認書の交付<br>を希望される場合は<br>「介助者等の～」の選択肢に<br>チェックをつけてください。                             | ※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、<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 希望するも<br>のにチェッ<br>クをつけて<br>ください。<br><br>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 <input checked="" type="checkbox"/> してください）<br><input 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<br><br>※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<br>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<br>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<br>受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す区分（記号 |

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

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**

【区処理欄】

証交付済( 年 月 日 ) 郵送 /

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

&lt;申請者が本人の場合&gt;

A:官公庁発行の顔写真付きの物

例:マイナンバーカード、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、後期高齢者  
医療被保険者証、介護保険証、官公署発行の  
通知書

&lt;申請者が本人以外の場合&gt;

本人の上記A・Bいずれか1点

申請者の上記AまたはB