

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 タイトウ タロウ 台東 太郎	生年月日 昭和20年1月1日
被保険者番号	個人番号	123456789012
住所	東京都台東区東上野4丁目5番6号	

申請理由 該当するものに ☑してください	<p><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</p> <p><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である</p> <p><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、マイナンバーカードでの受診が困難である</p> <p><input 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</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>※マイナンバーカードを返納したため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。</p> <p>申請理由を選択してください 長期入院該当年月日を記載した資格確認書が必要な場合には 「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」にチェックを入れてください。</p>
----------------------------	---

任意記載事項の 記載の希望	<p>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）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分</p> <p><input type="checkbox"/> 特定疾病区分</p> <p>※マイナンバーカードを返納したため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。</p> <p>資格確認書に高額療養費制度の 適用区分（限度額）を記載したい場合は、こちらに チェックを入れてください。</p> <p>※「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。</p> <p>※「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。</p>
------------------	--

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 6 年 12 月 2 日

申請者

氏名 台東 太郎

住所 東京都台東区東上野4丁目5番6号

電話番号 03-5246-1111

被保険者本人との関係 本人

ご記入ください