

同封の「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」にご記入のうえ、ご返送ください。
申請書到着後、「資格確認書又は任意記載事項が併記された資格確認書」を作成して、特定記録郵便にて郵送いたします。

★必要書類★ ①申請書 ②身元確認書類(裏面をご覧ください)の写し
(詳細は後期高齢者医療係(0422-60-1913)までお問合わせください。)

別記第7号様式(第7条、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

記入見本

交付を希望する 被 保 険 者	フリガナ 氏 名	シヤクショ 市役所	タロウ 太郎	届出者のお名前、ご住所、お 電話番号をご記入ください。		年 月 日 昭和〇〇 年〇月 〇日									
被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
住 所	武蔵野市緑町〇-〇-〇		資格確認書の上部に記載されてい る8桁の番号をご記入ください。				個人番号が不明の場合 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 ☒ 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
該当するものに ☑してください	☐ ※マイナンバーカードを返納する予定であるが、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。 ☐ ※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 交付されるため、申請の必要はありません。
任意記載事項の 記載の希望	任意記載事項を希望する(希望するもの全てに☑してください) ☒ 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
該当する項目に ○印をご記入く ださい。	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。 「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

〇〇年 △月 ×日

上記のとおり、**資格確認書の交付**・任意記載事項の併記

申請者

氏 名 市役所 太郎

住 所 武蔵野市吉祥寺北町□-□-□

申請者の情報
をご記入ください。

電話番号 0422-〇〇-△△△△

被保険者本人との関係 本人

(※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。)