

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 広域 太郎						生年月日 昭和3年4月5日				
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7				
個人番号	0	0	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1
住所	新潟市〇区〇町〇番〇号						交付を希望する本人の氏名・住所等を記入してください。					

該当する項目に必ずチェックを入れてください。	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である <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 <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 <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 ( )
申請理由	
該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください	

該当する項目に必ずチェックを入れてください。	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） <input checked="" type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 <input checked="" type="checkbox"/> 特定疾病区分 <input type="checkbox"/> 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。
任意記載事項の記載の希望	

新潟県後期高齢者医療広域連合長 殿

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

該当するものを〇で囲ってください。

申請者

氏名 広域 太郎  
住所 新潟市中央区新光町4番地1  
電話番号 025-345-6789

窓口に申請に来られる方の氏名・住所等を記入してください。本人が窓口に来られる場合も記載が必要です。

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。)