

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	ミタカ タロウ 三鷹 太郎										生 年 月 日 昭和〇年 〇月 〇日			
被保険者番号	9999999	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	
住 所	三鷹市野崎〇-〇-〇														

被保険者の情報をご記入ください。

申 請 理 由 該当するものに ☑してください	☐ 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 ☐ マイナンバーカードを返納する予定である ☐ 介護保険被保険者であるが、介護保険料を滞りなく納付している ☐ 所得割がゼロである ☐ その他 ※マイナンバーカードを取得していないが、取得して、その後保険料が立派に納付されている場合は、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。
任意記載事項の 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☑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 ※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。

ここは記入しないでください。

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。

令和〇年 〇月 〇日

申請者

氏 名 三鷹 花子

住 所 三鷹市野崎〇-〇-〇

申請者の情報をご記入ください。

電話番号 0422-45-1151

被保険者本人との関係 配偶者