

全ての項目を記載してください。

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

交付を希望する 被保険者	フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日
住所		
被保険者番号	個人番号	

この項目をチェック

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~~
- ☐ 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（
- ※マイナンバーカードには、申請に

資格確認書の交付を受けたことがない方は二重線で消してください。

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（希望するものすべてに☑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

記載を希望する項目をチェック

※「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が全など）の認定を受けた場合の認定を受

ば、同一医療機関等において、1 か月につき定め

の給付を受けることができます。

、自己負担限度額の適用区分又は食事療養標準負

全ての項目を記載してください。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

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。

年 月 日

申請者 氏 名

住 所

電話番号

被保険者本人との続柄

（※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。）