

記入例(太枠内をご記入ください)

後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記

被保険者様のお名前等

交付を希望する被保険者	フリガナ 氏名	コウキ タロウ 後期 太郎	生年月日 昭和20年1月1日							
住所	戸田市上戸田1-18-1									
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	個人番号	記入不要

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

任意記載事項の記載を希望するが、任意記載事項についても記載したい

申請理由は「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」にしてください。
 マイナ保険証をお持ちで資格確認書の継続交付をご希望される場合はこちらに必ずチェックをしてください。

任意記載事項の記載の希望

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する

任意記載事項がなかった自己負担区分
 「自己負担限度額若しくは自己負担割合」
 「特定疾病区分(特定疾病等)の認定」

負担区分を記載した資格確認書の交付をご希望の場合は、任意記載事項の記載を希望するチェックしてください。

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

記入される方のお名前等

年 月 日

記入日

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。)