

# 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	ワコウ タロウ 和光 太郎	生年月日 昭和 〇〇年 〇月 〇日							
住所	和光市広沢〇番〇号									
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	個人番号	個人番号の記入は不用です。

申請理由	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失した又 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予 <input type="checkbox"/> 介助者等の第三者が被保険者 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"/> 既に資格確認書を作成し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	マイナ保険証を持っている方が、マイナ保険証を利用して受診するのが困難な場合に選択。 今後は、申請によらず資格確認書を発行します。 紛失した場合などに選択。
該当するものに ☑してください	※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 ( 例:保険証を紛失したため ) ※マイナンバーカードを取得していない方、取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、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 (希望するものすべてに☑してください) <input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 <input 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 られた自己負担限度額の範囲内で療 ※「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 (記号で標記) をい います。	
	任意記載事項の記載の希望に☑がなければ、「自己負担額等の適用区分」を記載して発行します。 また、限度証・減額証を既にお持ちの方は任意記載事項を希望しなくても記載されます。 ただし、限度額の適用区分の記載には、前年の住民税の申告が必要です。	

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

希望するものを選択してください。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

- ※ 代理人が申請する場合、代理人の本人確認書類 (写真有りなら1点、無しなら2点) をご持参ください。
- ※ 被保険者の本人確認書類を持参いただければ、委任状は不要です。
- ※ 成年後見人が代理人の場合、代理人の本人確認書類及び登記事項証明書等関係がわかる書類をご持参ください。

氏 名 和光 次郎

---

住 所 和光市中央●丁目●番●号

---

電話番号 048-464-\*\*\*\*

---

被保険者本人との続柄 子

---

(※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。)