

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

申請者名		本人との 関 係	
申請者住所		連 絡 先 電話番号	

被 保 険 者 番 号		個 人 番 号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日	大正・昭和	年 月 日
	住 所		

申 請 理 由	新規に資格確認書の交付を希望する理由に☑してください (併記申請のみの場合は不要です) ☐ 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。 ☐ その他 ()
---------	--

任意記載事項を併記した資格確認書の交付を	☐ 希望する	/	☐ 希望しない
----------------------	-------------------------------	---	--------------------------------

任意記載事項の 併記希望の確認	記載を希望する任意記載事項に☑してください。 ☐ 自己負担限度額の適用区分 ※「自己負担限度額等の適用区分」を記載することで、同一医療機関等において、1 か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。 ☐ 特定疾病区分 ※「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。 ☐ その他 () ※マイナンバーカードによる資格確認を受けることができない事情等の記載
--------------------	--

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様 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 年 月 日

※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。

大館市処理欄	交 付 方 法	☐ 窓口交付（要本人確認）	☐ 郵送
	本人確認書類	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 運転経歴証明書 ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳 ☐ (新旧) 資格確認書・保険証 ☐ その他	

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【記入例】

申請者名	大館 太郎	本人との関係	本人
申請者住所	大館市字中城 20 番地	連絡先電話番号	0186-49-7046

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	オオダテ タロウ	
	氏 名	大館 太郎	
	生 年 月 日	大正・昭和 24 年 1 月 1 日	
	住 所	大館市字中城 20 番地	

申 請 理 由	新規に資格確認書の交付を希望する理由に☑してください (併記申請のみの場合は不要です) ☑ 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。 □ その他 ()
---------	--

任意記載事項を併記した資格確認書の交付を ☑ 希望する / □ 希望しない

任意記載事項の併記希望の確認	記載を希望する任意記載事項に☑してください。 ☑ 自己負担限度額の適用区分 ※「自己負担限度額等の適用区分」を記載することで、同一医療機関等において、1 か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。 □ 特定疾病区分 ※「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。 □ その他 () ※マイナンバーカードによる資格確認を受けることができない事情等の記載
----------------	--

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

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 年 月 日

※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。