

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	
個 人 番 号	(被保険者番号)			
住 所				

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 (マイナ保険証とは別に資格確認書も必要) ☐ 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。

高知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	住 所
申 請 者 氏 名	
(記 入 者) 電話番号	
被保険者との続柄	

◎保険医療課処理(こちらには記入しないでください)

受 付	確 認 事 項	証 交 付	チ ェ ッ ク
☐ 窓 口 ☐ 郵 送 受付け印	☐ 申請者の本人確認(保険証・免許証・マイナカード・) 申請者 ☐ 本人 ☐ 同一世帯員 ☐ 代理人 ⇒代理人の場合 ☐ 委任状 または ☐ 被保険者のマイナカード・ 資格確認書・() ☐ 負担区分を確認 ☐ 区分Ⅰ ☐ 区分Ⅱ ⇒ 世帯未申告者(無 ・ 有) ☐ 一定Ⅰ 入院日数91日(未満 ・ 以上) ☐ 一定Ⅱ	☐ 確認者印 ☐ 窓口渡し ☐ 郵 送 発送日 交付者印	