

# 記入例

赤字の部分を記入してください。

消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

◆個人番号はマイナンバーカードに記載の番号です。

(個人番号がわからない場合は記入不要)

## 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	コウキ タロウ 後期 太郎							生年月日	S24年12月3日			
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7					
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
住所	守谷市大柏950番地の1												

申請理由 該当するものに ☑してください	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 <small>※マイナンバーカードによる</small> <small>※マイナンバーカードを取</small> <small>には、申請によらず資</small>
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) <input checked="" 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 <small>※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。</small> <small>※「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。</small> <small>※「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。</small>

◆マイナ保険証をお持ちの方で、資格確認書の継続交付を希望される方はこちらにチェックを入れる

◆自己負担限度額等の適用区分にチェックを入れる

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

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。

令和6年	12月	2日	後期 太郎	
申請者	氏名	守谷市大柏950番地の1		
	住所	0297-45-1111		
	電話番号	本人		
	被保険者本人との関係			