

後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記

被保険者の情報を
記入してください。

交付を希望する 被保険者	フリガナ 氏名	カトウ タロウ 加東 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	記入不要			
住所	加東市社〇〇番地					

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 ☐ マイナンバーカードでの受診が困難である (例：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 ☐ 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 ☐ 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 () ※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。	申請理由を選択してください。
任意記載事項の 記載の希望 該当するものに ☑してください	☒ 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 圏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 負担額の減額の適用区分をいいます。 ※限度区分Ⅱであった期間に入院していた日数が、過去12カ月で90日を超える場合、入院日数のわかる医療機関 の請求書、領収書などを添えて「長期入院該当適用申請」を市（区）町の窓口で行っていただくことで、食事療養 標準負担額がさらに減額される場合があります。 ※「特定疾病区分」とは、厚生労働省（平成27年告示第10号）で定める慢性腎不全など）の認定を受けた場 合の認定を受けた特定疾病を) 希望するものを選択して ください。	希望するものを選択して ください。

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 殿

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者

申請者の情報を
記入してください。

氏名 広域 花子

住所

加東市社〇〇番地

電話番号 0795-43-XXXX

被保険者本人との関係 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。)

以下、市（区）町記入欄

受付日	年 月 日	処理欄	交付：窓口・郵送（ / ）
受付者			回収：済・未（ / ）
通称名希望	有・無		<本人確認>書類名：免（経）・マイ・パ・障・介・
備考			資格確認書・その他（ ）