

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

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

申請者	フリガナ氏名	コウイキ 広域 イチロウ 一郎	被保険者本人 との続柄	本人
	住所	富山市婦中町速星754番地		
	TEL	076-465-7502		

被保険者	被保険者番号	01234567	個人番号	記載省略可
	フリガナ氏名	コウイキ 広域 イチロウ 一郎	生年月日	大・㊦ 10年 1月 1日
	住所	富山市婦中町速星754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。 ☐ 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。 ☒ 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 希望するもの すべてに ☑してください。	☒ 任意記載事項の記載を希望する。	記載 区分	☒ 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。		

※以下の欄は記入しないでください。

処理欄	交付方法	☐ 窓口交付(要本人確認) ☐ 郵送(□市町村 □広域連合)	
	本人確認書類	1点書類	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 運転経歴証明書(H24.4.1以降) ☐ パスポート ☐ 障害者手帳等 ☐ 在留カード等 ☐ 顔写真付きの官公署が発行した身分証明書等 ☐ その他 ()
		2点書類	☐ 資格確認書 ☐ 介護被保険者証 ☐ 年金手帳・証書 ☐ 官公署が発行した身分証明書等 ☐ その他 ()
			※2点書類の場合は「漢字氏名」及び「生年月日」又は「住所」が記載されているものに限る。
	代理人	☐ 委任状(任意代理人) ☐ 登記事項証明書(法定代理人)	
備考			