

別記第7号様式（第7条、第27条、第28条関係）

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	広域 太郎			生年月日	T・S	●年	●月	●日
被保険者番号	12345678	個人番号	=====			記載不要	=====		
住所	東京都東大和市中央3-930								

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が手元にない

ここに☑してください

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。

任意記載事項の記載の希望

ここに☑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

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

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

申請者

氏名 **広域 太郎**

住所 **東京都東大和市中央3-930**

電話番号 **042 (563) 2111**

被保険者本人との関係 **本人**

(※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。)

担当処理欄	負担割合	発効期日	限度区	発効期日	作成者	再検者	備考
	1割 3割	年 月 日					

本人確認書類をご添付いただくため、委任状は必要ありません。