

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	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	記載不要					
住所	東京都東大和市中心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
	☒ 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
任意記載事項の 記載の希望	☐ 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。

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 東京都東大和市中心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。