

記入見本

太枠の中を必ずご記入ください

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	<input type="checkbox"/> マイナ... <input type="checkbox"/> マイナ... <input type="checkbox"/> 介助... <input checked="" 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
該当するものに ☑してください	※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	<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

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	限度区分
	1割	年 月 日	区分Ⅰ 区分Ⅱ
	3割		現役Ⅰ 現役Ⅱ

委任状は必要ありません。
ただし、被保険者本人の本人確認書類(資格確認書等)をご添付ください。