

※個人番号は記入不要です。

係)

記入例

[illegible]

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。 申請理由にチェックを入れてください。
任意記載事項の 記載の希望	☒ 任意記載事項の記載を希望する（希望するものすべてに☑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 ☒ ※任意記載事項の記載を希望する場合はチェックを入れてください。 ※「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（記号で標記）をいいます。

申請日（記入日）をご記入ください。

令和〇 年 〇 月 〇 日

氏 名 後期 花子

住 所 北本市本町△丁目△番地

電話番号 048-591-1111

被保険者本人との続柄 子

申請者の情報をご記入ください。
資格確認書を代理人の方が窓口で受領する場合は、別途委任状が必要です（同住所の家族を除く）。

(※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。)