

被保険者の方の情報をご記入ください。

※個人番号は記入不要です。

(係)

記入例

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	コウキ タロウ 後期 太郎	生年月日	昭和24 年 1月 1日															
住所	北本市本町〇丁目〇番地																		
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	個人番号										

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 ()
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 られた自 ※「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。

申請理由にチェックを入れてください。

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。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり、資格確認書の交付・任意記載事項

申請日（記入日）をご記入ください。

令和〇 年 〇 月 〇 日

申請者

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）。

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

（※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。）