

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

届出者名				本人との関係			
届出者住所				連絡先電話番号			

被保険者番号				個人番号			
被 保 険 者	フリガナ			性別		男・女	
	氏名			生年月日		大・昭 年 月 日	
	住所	〒					
申 請 理 由	☐ 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)						
	備考	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。					
任 意 記 載 事 項 の 記 載 の 希 望	☐ 希望しない ☐ 希望する ※以下の希望するもの全てに☑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						
	備考	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。					
	備考	「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。					
福島県後期高齢者医療広域連合長 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							

※以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	資格確認書	交付（未・済） 令和 年 月 日（即時・郵送）						
		回収（未・済） 令和 年 月 日						
		電算処理（未・済） 令和 年 月 日						
備考					入力		確認	
					市町村名			