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		生年月日	年　　月　　日
被保険者番号			個人番号	
住所				

申請理由	□ マイナンバーカードを紛失したまたは更新中のため、一時的に資格確認書が必要 □ マイナンバーカードを返納予定で、一時的に資格確認書が必要 □ 介助者が資格確認の補助をする必要があり、マイナンバーカードでの受診が困難なため、継続して資格確認書が必要 □ すでに資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項を記載したい □ その他　　)
任意記載事項の記載希望	任意記載事項の記載を希望する □ 自己負担限度額等の適用区分 □ 特定疾病区分(特定疾病療養受療証をお持ちの方のみ)

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。

年　　月　　日

申請者

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 被保険者との関係 ＿＿＿＿＿＿

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職員記入欄

本人確認					資格確認書の交付履歴 (有・無)	受付者	点検者
資格確認書	パスポート	個人番号カード	運転免許証	その他 (　　)	継続交付チェック (有・無)		

(用紙規格A4)