

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 ☐ 資格情報のお知らせが交付されたが、資格確認書の交付を希望する ☐ 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)

「限度区分」の併記を希望する場合は、チェックしてください

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。

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)		

併記申請 限度区分が「区Ⅱ」→案内を渡す
 併記無し書の回収 済 or 返信用封筒渡した