

交付を希望する 被保険者	フリガナ 氏名		生年月日
被保険者番号		個人番号	
住所			

申請理由 該当するものに ☑してください	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失・更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない  <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定  <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを所持しているが、諸事情によりマイナンバーカードでの受診が困難である（こちらに☑を入れた方には、令和7年7月ごろに申請によらず自動的に資格確認書を交付します）  <input type="checkbox"/> 任意記載事項を記載したい  <input type="checkbox"/> その他（ ）
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（希望するもの全てに☑してください）  <input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分  <input type="checkbox"/> 特定疾病区分

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

住所

電話番号

被保険者本人との関係

【担当処理欄】

発効期日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受付印