

A10 記入見本

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 ネリマ ハナコ 練馬 花子	生年月日 昭和7年 7月 7日
被保険者番号	11111111	個人番号 ※不明の場合は記入不要
住所	〒177-0041 練馬区石神井町3-30-26	

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 区分に応じて、医療費や入院時の食費がおさえられます <input type="checkbox"/> 特定疾病区分 特定疾病療養受領証の内容が記載されます

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。

令和〇 年 〇 月 〇 日

申請者
氏名 練馬 太郎
住所 練馬区〇〇丁目〇番〇号
電話番号 03-XXXXX-XXXXX
被保険者本人との関係 長男

【担当処理欄】	発効期日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受付印