

## 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<br>被保険者 | フリガナ<br>氏名 |      | 生年月日 |
| 被保険者番号          |            | 個人番号 |      |
| 住所              |            |      |      |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請理由<br>該当するものに<br>☑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<br><br><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定<br><br><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<br><br><input type="checkbox"/> 任意記載事項を記載したい<br><br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 資格確認書<br>継続交付について          | <input type="checkbox"/> 今後も継続して資格確認書の交付を希望される方はこちらに☑してください<br>※継続交付を希望された方には、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。                                                                                                                                                                  |
| 任意記載事項の<br>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）<br><input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分<br><br><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