

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 <input type="checkbox"/> 任意記載事項を記載したい <input type="checkbox"/> その他 ()
資格確認書 継続交付について	<input checked="" 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 ※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 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