

記入例

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
被保険者番号	該当者（被保険者）の情報をご記入ください。	
住 所		

申 請 理 由 該当するものに ☒ してください	☐ 個人番号カードを紛失した、又は更新中で、有効な個人番号カードが手元にない。 ☐ 個人番号カードを返納する予定である。 ☐ 介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要がある等、個人番号カードでの受診が困難である。 ☐ 既 ☐ そ ☒ 個 （ ） ※個人番号カードを取得していない方又は取得しているが健康保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。
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） ☐ 自己負担限度額等の適用区分 ☐ 特定疾病区分 ☐ 任意記載事項の記載を希望しない ※ 資格確認書に自己負担額の区分（所得区分）を載せたい場合 ☐ 自己負担限度額等の適用区分に ☒ ※ 資格確認書に特定疾病療養受領証の受給状況を載せたい場合 ☐ 特定疾病区分に ☒ をつけてください。 ※ を受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す区分（記号で表記）をいいます。

千葉県後期高齢者医療広域連合長

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

申請者情報をご記入ください。

※代理人が申請する場合は、別途委任状の提出が必要になりますのでご注意ください。

（※ 代理人が申請する場合は、別途委任状の添付が必要になります。）