

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 年 月 日			
個人番号												
住所												
申請理由 該当するものに ☑してください	☐ マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない ☐ マイナンバー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など、マイナンバーカードでの受診が困難である ☐ 資格確認書に任意記載事項を記載したい ☐ その他 () ※マイナンバーカードを取得していない方、取得しているが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 ※任意記載事項を記載することで、例えば、同一医療機関等において、1箇月につき定められた自己負担限度額の範囲内で療養の給付を受けることができます。 ※「自己負担限度額等の適用区分」とは、自己負担限度額の適用区分及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額の適用区分をいいます。 ※「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が定める特定疾病（人工腎臓を実施する慢性腎不全など）の認定を受けた区分（記号で表記）をいいます。											

滋賀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

被保険者本人との関係

（※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。）

処理欄

公 月	窓口 ・ 郵送（ / ）※送付先同時設定（有）
本人確認方法	運転免許証・住基カード・マイナンバーカード・パスポート 後期高齢者医療関係証・介護保険関係証・公募・その他（ ）