

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	ナラ タロウ		生年月日
	氏 名	奈良 太郎		S20年 1月 1日
	住 所	奈良市二条大路南一丁目1番1号		
	被保険者番号	0XXXXXXX	個人番号	0XXXXXXXXXXX

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

☐ 任意記載事項（負担限度額等の適用区分・特定疾病区分）についても記載したい

☐ その他

マイナ保険証の使用が困難な場合はこちらに☑してください

ドによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください

任意記載事項の記載を希望しない場合は☑を

☐ 任意記載事項の記載を希望しない

※任意記載事項とは「自己負担限度額等の適用区分」「特定疾病区分」をいいます。
チェックのない場合は、記載して発行します。

※任意記載事項を記載することで、例えば、同一医療機関において、1箇月につき定められた自己負担限度額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または食事療養標準負担額若しく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。

奈良県後期高齢者医療広域連長 様

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 後期 花子

住 所 橿原市大久保町302番1

電話番号 0744-00-0000

被保険者との続柄 子

処理欄	証交付：窓口 ・ 郵送（ / ）	確認書類	〈本人〉 運転免許証・マイナカード・障がい者手帳・被保険者証（医療・介護） 預金通帳・キャッシュカード・その他（ ）
	証回収：済 ・ 未（ / ）		〈代理人〉 運転免許証・マイナカード・障がい者手帳・被保険者証（医療・介護） 預金通帳・キャッシュカード・その他（ ）
	マイナ保険証の有無： 有 ・ 無		
	次年度以降継続発行希望： 有 ・ 無		