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 明治・大正・昭和　　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 □既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項についても記載したい □その他 ※マイナンバーカー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 （ ） ※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又は食事療養標準負担額若しくは生活療養費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。

徳島県後期高齢者医療広域連合長　殿

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　　年　　月　　日

申請者

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者本人との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（裏面）

【　　記　　入　　不　　要　　】

市役所での記入面

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にする)こと。

市町村処理欄

個人番号確認	身元確認(A'1点　A2点　B2点は不可)		
□ 個人番号カード	□ 個人番号カード　A'	□ 資格確認書　A	□ 住民票・戸籍謄本等　B
□ 通知カード	□ 運転免許証	□ 特定疾病療養受療証	□ 無料乗車証(バス)
□ 住民票の写し	□ 運転経歴証明書	□ 重度医療費受給者証	□ 預金通帳・ｷｬｯｼｭｶｰﾄﾞ
□ 職員が記載	□ 身体障害者手帳	□ 介護保険被保険者証	□ 診察券(給付履歴あり)
	□ 精神障害者保健福祉手帳	□ 介護保険負担割合証	□ 資格情報のお知らせ
	□ 療育手帳	□ 年金証書・年金手帳	□
	□ 旅券	□	
	□ 住民基本台帳カード		
	□		
			□ 聞き取り(診・口・年・家・5)

代理権の確認	代理人の身元確認(A'1点　A2点　B2点は不可)		
□ 同一世帯員	□ 個人番号カード　A'	□ 資格確認書　A	□ 住民票・戸籍謄本等　B
□ 戸籍謄本等(法定代理人)	□ 運転免許証	□ 減額・限度額認定証	□ 無料乗車証(ﾊﾞｽ)
□ 委任状(任意代理人)	□ 運転経歴証明書	□ 特定疾病療養受療証	□ 預金通帳・ｷｬｯｼｭｶｰﾄﾞ
□ 申請者の資格確認書	□ 身体障害者手帳	□ 重度医療費受給者証	□ 診察券(給付履歴あり)
□ 保護受給証明書	□ 精神障害者保健福祉手帳	□ 資格確認書(後期以外)	□ 資格情報のお知らせ
□ 個人番号カード	□ 療育手帳	□ 高齢受給者証	□
□ その他(上記が困難な場合)	□ 介護支援専門員証	□ 介護保険被保険者証	
	□ 旅券	□ 介護保険負担割合証	
	□ 住民基本台帳カード	□ 年金証書・年金手帳	
	□	□	
			□ 聞き取り(診・口・年・家・5)