

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 | 生年月日 年 月 日 | |
| | 氏名 | | |
| 住所 | | | |
| 被保険者番号 | | 個人番号 | |

| | |
|---|---|
| 申請理由 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください | <input type="checkbox"/> 任意記載事項を併記した資格確認書の交付を希望する <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin: 10px 0;"></div> <p style="font-size: small; text-align: center;">※マイナンバーカードによるオンライン資格をうけることができない事情を具体的に記載ください</p> |
| 任意記載事項の 記載の希望 | <input type="checkbox"/> 任意記載事項の記載を希望する（希望するものすべてに<input checked="" type="checkbox"/>してください） <input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 <input type="checkbox"/> 特定疾病区分 <input type="checkbox"/> 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。

秋田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。

年 月 日

申請者 氏 名 _____

住 所 _____

連絡先電話番号 _____

被保険者本人との続柄 _____

(※届出者が本人・同一世帯以外の方の場合は委任状や本人意思が確認できる書類等が必要になります。)