

# 記載例

## 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	マエバシ タロウ 前橋 太郎	被保険者ご本人様について記入してください	
個人番号	1234 5678 9012		被保険者番号	11111111
住所	前橋市大手町一丁目1番1号			

申請理由 該当するものに ☑してください	<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 checked="" 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	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) <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 checked="" type="checkbox"/> 任意記載事項の記載を希望しない
--------	---

任意記載事項の記載の有無を必ず選択してください。

※割合(1割~3割)の記載があれば良い方は「任意記載事項の記載を希望しない」を選択してください

※限度額の適用区分の記載したい場合は自己負担限度額等の適用区分を☑してください

※既に限度額区分に記載がある方は、任意記載事項希望をしなくても必ず記載されます

群馬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。

令和8年 8月 1日

申請者

氏名 高崎 花子  
住所 前橋市大手町一丁目10番  
電話番号 027-200-0000  
被保険者本人との関係 長女

(※代理人が申請する場合は、別途、委任状の)

確認	番号	個カ・通カ・その他	特定疾病	長期入院
	本人	免・在・バ・個カ・保(資)・介・( )		
	来庁者	免・在・バ・個カ・保(資)・介・( )		
窓口交付 ・ 郵送 ( / )			送付先変更	

・被保険者ご本人が来庁される場合はご本人を記入、来庁する際は身分証明書をお持ちください。

・代理人が来庁される場合は代理人を記入してください。

・同一世帯員以外の方が申請及び窓口交付を希望する場合は委任状または、被保険者本人の有効なマイナンバーカード、来朝者の身分証明書をお持ちください。