

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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	〇 日		
住所	前橋市大手町一丁目1番1号														

マイナ保険証利用
者が資格確認書の
交付を希望する場
合はこちらに印を
してください。

☐ マイナ保険証利用希望	令和7年度の8月まで選択しないでください。
☐ マイナ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	紛失した場合 (被保険者証紛失)と記載してください。
☐ その他	
※マイナナンバーカードを返納する場合は、返納の旨を具体的に記載ください	
※マイナ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	※窓口申請の場合は、現在お持ちの被保険者証 又は資格確認書を必ずお持ちください。
☐ 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が適用される場合があります。	

任意記載事項の記載の有無を必ず選択してください。
※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。
※限度証・減額証を既にお持ちの方は任意記載事項希望をしなくても記載されます。
※長期入院該当は別途申請が必要です。

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6年 12月 5日

申請者

氏名 高崎 花子
住所 前橋市大手町一丁目1番1号
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、委任状の提出が必要です)

- ・被保険者ご本人が来庁される場合はご本人を記入してください。
- ・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する場合は委任状、被保険者ご本人の被保険者証(資格確認書)、マイナナンバーカードのいずれかをお持ちください。

確認欄	被保険者番号			受付
	番号	個力・通力・その他 ()		
	本人	免・在・パ・個力・保(資)・介・()		
	来庁者	免・在・パ・個力・保(資)・介・()		
窓口交付 ・ 郵送 (/)				

【確認】

特定疾病 長期入院

送付先変更

