

記入例

後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項の記入例

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										
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
住所	前橋市大手町二丁目12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。	<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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> その他 紛失した場合など ※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 (被保険者証紛失) ※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。											
該当するものに☑してください	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。 ※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。	※「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。											

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・任意記載事項の記入を

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 027-0000-0000

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、委任状の添付が必要になります。)

- ・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又は被保険者ご本人のマイナンバーカードが必要になります。

確認欄	被保険者番号	番号	個力・通力・その他 ()	受付
	本人	免・在・バ・個力・保 (資)・介・ ()		
	来庁者	免・在・バ・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