

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
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		年 月 日
被保険者番号			個人番号	
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			

申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 個人番号カードを紛失した、又は更新中で、有効な個人番号カードが手元にない。 <input type="checkbox"/> 個人番号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等、個人番号カードでの受診が困難である。(継続交付) <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"/> 被保険者証を紛失したため。 <input type="checkbox"/> 資格確認書の交付と同時に、任意記載事項についても表記したい。 <input type="checkbox"/> その他
該当するものに ☑してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 個人番号カードによる電子資格確認を受けることができない事情を具体的に記載してください。 () <input checked="" type="checkbox"/> 個人番号カードを取得していない方又は取得しているが健康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。) <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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 「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標準負担額の減額の適用区分をいいます。 <input checked="" type="checkbox"/> 「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等)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。

千葉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。

年 月 日

申請者

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

本人との関係 _____

(※ 代理人が窓口交付を希望する場合は、別途委任状の添付が必要になります。)

届出者の本人確認	1点	個番力・免許・旅券・住力(写有)・在力・障害者手帳・運転経歴 その他官公署が発行した写真付きのもの()		発行方法	
	2点 ア+ア もしくは ア+イ	ア	保険証(介護・国保・後期)・資格確認書(国保・後期)・特定疾病証 ・特定疾患証・限度額証 その他官公署が発行した証で個人識別事項(①氏名②生年月日③住所)が 確認できるもの()	窓口	郵送
		イ	保険証または資格確認書(社保)・資格情報通知書(お知らせ)・年金手帳 ・社員証・学生証・クレジットカ・キャッシュカ その他第三者が発行した個人識別事項(①氏名)が印字記載されたもの ()		

※確認書類・委任状が不備の場合は郵送になります。

※マイナンバーの通知カードは総務省の通知により、本人確認書類として取り扱うことが適当でないため、「ア」、「イ」のどちらにも該当しません。

窓口個人番号確認		パーソル		担当
<input type="checkbox"/> 照合済(個人カ・通知カ・個番入住民票) <input type="checkbox"/> 本人確認済 <input type="checkbox"/> 別世帯の場合は委任状	照合未			