記 入 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	○○○ ○○○	生年月日 昭和○年○月○日
	氏　名	○○ ○○	
個人番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
住　所	○○○-○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○		

交付を希望する被保険者の　氏名・フリガナ・生年月日・個人番号（不明の場合は空欄可）・住所　を記入してください。

申請理由 該当するものに☑してください	□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 □マイ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、 ・イ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が、任意記載事項につ □その他 ※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 （ ※　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 □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 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 受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す区分（記号

申請理由は「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」に✓を記入してください。

北海道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

令和○年○月○日

申請者

氏　　名　○○　○○

住　　所　○○○○○○○○○○○○○○○○

電話番号　○○○−○○○−○○○○

被保険者本人との関係　○○

（※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。）

申請者の氏名・電話番号・被保険者本人との関係　を記入してください。

※　郵送申請で、施設職員等が代筆される場合は、申請者は被保険者本人となりますので、委任状の添付は不要です。
（申請書余白に代筆された施設職員等の氏名と連絡先を記入してください。）

※　窓口で申請される場合は、本人確認書類が必要となります。（代理の方が窓口で申請される場合は、被保険者の委任状もしくは本人確認書類と、代理の方の本人確認書類が必要となります。）