

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の 送付について（ご案内）

「後期高齢者医療資格確認書」の交付兼任意記載事項併記申請のための申請書を送付いたします。

申請書に、必要事項を記入のうえ返送してください。申請に必要な書類については、下記をご確認ください。なお、裏面が記入例になっていますので、ご参照ください。

郵送にて受付した申請書については、内容を確認後、資格確認書を発行し、特定記録郵便でお送りします。（お手元に有効な資格確認書がある場合、申請理由によっては資格確認書の発行・送付はいたしません。）

《必要書類》

- ・ 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
- ・ 申請者本人の本人確認書類の写し
- ・ 委任状または被保険者本人の本人確認書類の写し（被保険者が申請者の場合は不要）

本人確認書類	1点で可	2点以上で可
被保険者	・ 運転免許証 ・ 運転免許経歴書 ・ マイナンバーカード	・ 資格確認書 ・ 介護保険証 ・ 介護保険負担割合証
被保険者本人以外	・ 身体障害者手帳 ・ パスポート 等	その他官公署発行書類に、氏名・住所の記載があるもの
成年後見人等	登記事項証明書・審判書等、申請者の本人確認書類	

※氏名・生年月日・住所の3点が確認できるものがが必要です

※有効期限設定のあるものは、有効期限内のものとなります

問い合わせ・申請先

〒153-8573

目黒区上目黒2-19-15

（目黒区総合庁舎1階）

目黒区 国保年金課 後期高齢者医療係

電話 03-5722-9838（直通）

（裏面が記入例になっています）

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

記入例

交付を希望する被保険者	フリガナ氏名	生年月日
被保険者番号	個人番号	大正・昭和 年 月 日
住所		

・被保険者氏名(フリガナ)
 ・被保険者の生年月日
 ・被保険者番号(不明な場合は記入不要)
 ・被保険者の住所
 を記入してください。

申請理由	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効期限が満了している <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 checked="" 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 <small>※マイナンバーカードによる交付申請は、マイナンバーカードを返納するまで行えません。</small>
該当するものに☑してください	<p>資格確認書の交付申請理由の該当するものに☑をつけてください。 「その他」を選択する場合には下の空白部分に理由を記入してください。</p>

資格確認書の交付申請理由の該当するものに☑をつけてください。
 「その他」を選択する場合には下の空白部分に理由を記入してください。

任意記載事項の記載を希望する	<input checked="" 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 <small>※任意記載事項の記載を希望しない場合は、任意記載事項の欄に何も記入しなくても構いません。</small>
任意記載事項の記載希望について、必ず☑をつけてください。(複数選択可)	<p>任意記載事項の記載希望について、必ず☑をつけてください。(複数選択可)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「自己負担限度額等の適用区分」…区Ⅰ・現役Ⅰなどの自己負担限度額等の適用区分を記載したい場合に☑ ・「特定疾病区分」…特定疾病療養受療証をお持ちのかたで、特定疾病区分を記載したい場合に☑ ・「任意記載事項の記載を希望しない」…何も記載しない場合に☑

任意記載事項の記載希望について、必ず☑をつけてください。(複数選択可)

- ・「自己負担限度額等の適用区分」…区Ⅰ・現役Ⅰなどの自己負担限度額等の適用区分を記載したい場合に☑
- ・「特定疾病区分」…特定疾病療養受療証をお持ちのかたで、特定疾病区分を記載したい場合に☑
- ・「任意記載事項の記載を希望しない」…何も記載しない場合に☑

「自己負担限度額等の適用区分」については、別紙をご確認ください。

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり、資格確認書の交付兼任意記載事項の併記を申請

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。)

・申請年月日
 ・申請者氏名
 ・申請者住所
 ・日中連絡のつく電話番号
 ・被保険者との関係
 を記入してください。
 ※申請者は被保険者本人でも構いません

【 担当処理欄 】

<p>記入不要</p>

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											生年月日 大正・昭和 年 月 日
被保険者番号	個人番号											
住所												
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 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 type="checkbox"/> 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とができない事情を具体的に記載ください。 ※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。（任意記載事項記載のための申請は必要。）											
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 ※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。 ※「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。											

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

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

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。）

【 担当処理欄 】

適用	区Ⅰ 現役Ⅰ	適用（却下）日 年 月 日	受付者	再検者	受付印
	区Ⅱ 現役Ⅱ		入力者		
	一般Ⅰ 現役Ⅲ				
	一般Ⅱ 特定疾病				

交付： 窓口 ・ 郵送（ / ）