別 **記入例** 第２７条、第２８条関係）

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	シンジュク　タロウ																						生年月日
	氏名	新宿　太郎																						○○年　○○月　○○日
被保険者番号	０	０	０	０	０	０	０	０	個人番号	０	０	０	０	０	０	０	０	０	０	０	０			
住所	東京都 新宿区 歌舞伎町 一丁目４番１号　電話番号　○○○（○○○○）○○○○																							

申請理由 該当するものに☑してください	☑ 紙の被保険者証の交付を受けているが、任意記載事項を記載した資格確認書を申請したい ☐ 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 ☐ 紙の被保険者証を紛失した ☐ 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 ~~☐ 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~~ ~~☐ マイナンバーカードを返納する予定である~~ ~~☐ 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（届出人）	氏名　新宿　花子　　本人との関係　本人・配偶者・子・（　　） 住所　新宿区歌舞伎町一丁目４番１号 電話番号　○○○（○○○○）○○○○

（※代理人が申請する場合は、委任状が必要になります。）

区使用欄　１．窓口交付　２．郵送交付

確認欄	番号確認	本人確認	代理権確認	受付	入力	交付日	窓口交付	郵送交付
						／		

確認書類：①個人番号ｶｰﾄﾞ・免許・運転経歴証・ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ・住基ｶｰﾄﾞ・障害者手帳・他（　　）
②資格確認書・保険証・減額証・限度額証・介護証・他（　　・　　）（裏面あり）

委　任　状

〇年　〇〇月　〇〇日

東京都後期高齢者医療広域連合長　あて

委 任 者（被保険者本人）　氏　　名：　新 宿　太 郎

住　　所：　新宿区 歌舞伎町 一丁目４番１号

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療資格確認書申請及び受領の権限について、下記代理人に委任をします。

代　理　人　氏　　名：　新 宿　花 子

住　　所：　新宿区 歌舞伎町 一丁目４番１号

本人確認書類等の添付欄

郵送申請される場合には、申請者（届出人）の本人確認書類の写しを添付してください。

１．申請者について

原則、申請者は被保険者本人です。上記、委任状欄の記載がある場合は、代理人が申請することもできます。

２．本人確認書類の添付について

申請者の本人確認書類と被保険者本人の個人番号確認書類のコピーの添付をしてください。

・本人確認書類の例・・・

①運転免許証、パスポート、個人番号カード等の**写真のある書類の場合１点**

②介護保険証、官公庁の発行した書類等（後期高齢者医療の納入通知書等）の**写真のない書類の場合２点**

・個人番号確認書類の例・・・個人番号カードの裏面、通知カード

※本人確認書類は必須です。添付をお忘れないようご注意ください。

３．証の送り先について

申請された資格確認書はこれまでに送付先の変更をしていない場合、被保険者本人の住民登録の住所に送付します。別住所に送付を希望する場合は、別途「送付先変更依頼書」の提出が必要です。なお、窓口で資格確認書の交付を受けることも可能です。その場合、来庁時に上記の**本人確認書類の原本**を必ず持参するようお願いします。

別記第７号様式（第７条、第２７条、第２８条関係）

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		年　月　日
被保険者番号		個人番号	
住　所	電話番号　（　　）		

申請理由 該当するものに☑してください	□　紙の被保険者証の交付を受けているが、任意記載事項を記載した資格確認書を申請したい □　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 □　紙の被保険者証を紛失した □　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 ~~□　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~~ ~~□　マイナンバーカードを返納する予定である~~ ~~□　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 （届出人）	氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　本人との関係　本人・配偶者・子・（　　） 住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話番号 ＿＿＿（　　）＿＿＿

（※代理人が申請する場合は、委任状が必要になります。）

区使用欄　１．窓口交付　２．郵送交付

確認欄	番号確認	本人確認	代理権確認	受付	入力	交付日	窓口交付	郵送交付
						／		

確認書類：①個人番号ｶｰﾄﾞ・免許・運転経歴証・ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ・住基ｶｰﾄﾞ・障害者手帳・他（　　）
②資格確認書・保険証・減額証・限度額証・介護証・他（　　・　　）（裏面あり）

委　任　状

年　　月　　日

東京都後期高齢者医療広域連合長　あて

委 任 者（被保険者本人）　氏　　名：
住　　所：

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療資格確認書申請及び受領の権限について、下記代理人に委任をします。

代　理　人　　氏　　名：
住　　所：

本人確認書類等の添付欄

１．申請者について

原則、申請者は被保険者本人です。上記、委任状欄の記載がある場合は、代理人が申請することもできます。

２．本人確認書類の添付について

申請者の本人確認書類と被保険者本人の個人番号確認書類のコピーの添付をしてください。

・本人確認書類の例・・・
①運転免許証、パスポート、個人番号カード等の**写真のある書類の場合１点**
②介護保険証、官公庁の発行した書類等（後期高齢者医療の納入通知書等）の**写真のない書類の場合２点**

・個人番号確認書類の例・・・個人番号カードの裏面、通知カード

※本人確認書類は必須です。添付をお忘れないようご注意ください。

３．証の送り先について

申請された資格確認書はこれまでに送付先の変更をしていない場合、被保険者本人の住民登録の住所に送付します。別住所に送付を希望する場合は、別途「送付先変更依頼書」の提出が必要です。なお、窓口で資格確認書の交付を受けることも可能です。その場合、来庁時に上記の**本人確認書類の原本**を必ず持参するようお願いします。