

見本

※資格確認書に自己負担限度額等の適用区分を併記する申請見本です

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

↓記入部分

交付を希望する 被保険者	フリガナ 氏名	ヒラカタ イチロウ 枚方 一郎	生年月日	昭和●●年 4月 5日
個人番号		個人番号は未記入でも可		
住所	枚方市大垣内町〇-〇-〇			

申請理由	☐ 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 ☐ 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 ☒ 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 ☒ 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
該当するものに ☑してください 該当する枠に→ チェック	
任意記載事項の 記載の希望	☒ 自己負担限度額等の適用区分 ← 記入部分 自己負担限度額等の適用区分を資格確認書に併記します。 ※自己負担限度額等とは：医療機関で支払う医療費の自己負担の上限額のこと。資格確認書には区分（限度証等交付者は証に記載）が併記されます。 ☐ 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。

大阪府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。↓記入部分

令和●年 ●月 ●日

申請者 氏 名 枚方 一郎

住 所 枚方市大垣内町〇-〇-〇

電話番号 080-****-****

被保険者本人との続柄 本人

※有効期間内の被保険者証・資格確認書・限度証等は回収します。
窓口手続きの場合は持参を、郵送手続きの場合は新しい証が届いたら返送してください。

(※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。) 委任状が必要です