

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

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
(フリガナ) 氏名			
生年月日	年	月	日
住所			
申請の理由	翌年度以降は資格確認書が交付されます。 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードでの受診が困難である（介助者等の補助が必要であるなど）		
	翌年度以降は保険証利用登録の状況に変更がない限り資格確認書が交付されます。 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した又は返納する予定である <input type="checkbox"/> 既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項を記載したい		
	翌年度以降も資格確認書が必要であれば申請が必要となります。 <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"/> その他 （ ）		
任意記載事項の記載	<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		
広島県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、資格確認書の交付及び任意記載事項の併記を申請します。 年 月 日			

送付日 年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日 年 月 日			
種別 <input type="checkbox"/> 資格確認書			確認書類 マイナンバーカード・免許証・その他 ()

(備考)

(市区町受付印)