様式第６号（第６条、第２１条、第２３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 | フリガナ氏名 | ①被保険者の情報を記入※被保険者番号と個人番号は未記入でも可 | 生年月日　　　　　年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

本人住所に郵送交付するため、本人確認や委任状は不要です。

※本庁で即日交付を希望される場合は、本人確認や委任状が必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 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②該当するものにチェック□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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※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（希望するものすべてに☑してください）　　　□自己負担限度額等の適用区分②該当するものにチェック　□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か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（記号で標記）をいいます。 |

埼玉県後期高齢者医療広域連合長　あて

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。

③今日の日付を記入

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　申請者　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

④**来所された代理人の情報**を記入

①～④を記入いただき、受領してください。申請書が市役所に届いた翌日に資格確認書を登録のある住所に発送します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者本人との続柄

　（※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。）