Ａ１０　　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	
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	□マイナンバーカードを紛失・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 □マイナンバーカードを所持しているが、諸事情によりマイナンバーカードでの受診が困難である □任意記載事項を記載したい □その他（　　）
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

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

【担当処理欄】

発効期日	年　　月　　日	受付者　　入力者　　再検者	受付印	