

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	ネリマ ハナコ 練馬 花子	生 年 月 日 昭和7年 7日 7日
被保険者番号	1 1 1 1 1 1 1	個人番号	※不明の場合は記入不要
住 所	〒177-0041 練馬区石神井町3-30-26		

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 () 減額認定証・限度額認定証・ 特定疾病区分の内容を新たに 記載したい方はこちらに☑し てください
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 区分に応じて、医療費や入院時の食費がおさえられます ☐ 特定疾病区分 特定疾病療養受領証の内容が記載されます

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。

令和〇 年 〇 月 〇 日

申請者
氏 名 練馬 太郎
住 所 練馬区〇〇丁目〇番〇号
電話番号 03-XXXXX-XXXXX
被保険者本人との関係 長男

【担当処理欄】	発効期日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受付印