

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	