

<記入例>

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	コウキ ◆◆ 後期 ◆◆	生年月日 昭和〇年〇月〇日
個人番号	記入不要		
住 所	〒 904-0014 沖縄市仲宗根町〇〇-〇〇		

被保険者情報を記入

申請理由	マイナンバーカードを紛失したまたは更新中で、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 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
該当するものに ☑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 ☐ 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箇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また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（記号で表記）をいいます。

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

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

申請書を記入した
日付を記入

届出を行う被保険者
情報を記入

申 請 者

氏 名	後期 ◆◆
住 所	沖縄市仲宗根町〇〇-〇〇
電話番号	090-XXXX-XXXX
被保険者との関係	本人

（※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。）