

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

**記入例**

交付を希望する被保険者	フリガナ氏名 ムサシ タロウ 武蔵 太郎	生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日
被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 武蔵村山市 〇〇〇〇〇 1-1-1	

申請理由 該当するものに ☑してください	<input type="checkbox"/> マイナ <input type="checkbox"/> マイ <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> マイ <input type="checkbox"/> 既に <input type="checkbox"/> その <input checked="" type="checkbox"/> ※マイナ  <input checked="" type="checkbox"/> ※マイナ 申請によ	記載ください。  方には、
----------------------------	---	---------------------

**特定疾病療養受領証の申請時には、ご記入の必要はございません。**

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（希望するもの全てに☑してください） <input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 <input checked="" type="checkbox"/> 特定疾病区分 <input type="checkbox"/> 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、 の範囲内で療養の給付を受けること ※「自己負担限度額等の適用区分」は、 生活療養標準負担額の減額の適用 ※「特定疾病区分」とは、厚生労働省 受けた場合の認定を受けた特定疾	こちらの項目に☑の記入をされたかたへは、本申請を受理した後、 <u>資格確認書の限度区分欄に、自己負担限度額等の適用区分が記載された資格確認書を送付します。</u>  届きましたら、現在お持ちの資格確認書を返送してください。  なお、資格確認書へ限度区分の記載を希望されないかたは、本申請書の提出は必要ございません。
------------------	---	--

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 〇 月 〇 〇 日

申請者

氏名 **武蔵 太郎**

住所 **武蔵村山市 〇〇〇〇〇 1-1-1**

電話番号 **042 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇**

被保険者本人との関係 **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。）