

様式第 5 3 号（第 9 条の 2 関係）

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

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		個 人 番 号	
	フ リ ガ ナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所	〒 ー		

申請理由	☐ マイナンバーカードの紛失、または更新中のため有効なマイナンバーカードが手元にな ☐ マイナンバーカードを返納する予定がある ☐ 介助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られない理由を具体的に記載 ()
任意記載事項の 記載希望	☐ 希望する ☐ 自己負担限度額等の適用区分 ☐ 特定疾病区分 ☐ 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 か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も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。
（宛先）石川県後期高齢者医療広域連合長 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 _____ 被保険者本人との続柄 _____	