（表）

様式第２号の２

受　付　日

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								生年月日 年　月　日				
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した又は更新中で、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 □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ることができない事情を具体的に記載ください （　　） ※マイナンバーカードを取得していない方、取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。
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） □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又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。

大阪府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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（※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。）

（裏）

※　即日交付を必要とするやむを得ない理由

・数日中に受診の予定あり　　年　　月　　日受診

医療機関名（　　）

・入院又は入所中のため　　病院・施設名（　　）

入院・入所日　　年　　月　　日

その他やむを得ない理由（具体的理由）

（　　）

※　本人確認欄

□運転免許証　□パスポート　□賦課決定通知書　□納入通知書　□住基カード

□在留カード・特別永住者証明書　□障害者手帳　□個人番号カード

□その他（　　）

処理者	確認者	発行者