

後期高齢者医療 資格確認書等再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり申請します。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号 ()		

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	大正 年 月 日
	氏名			昭和 年 月 日
	住所	〒 電話番号 ()		
再交付する書類	1 資格確認書 2 資格情報通知書 3 特定疾病療養受療証 4 その他 ()			
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()			

交付を希望する 被保険者	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
被保険者番号			個人番号	
住 所	〒 ー			

申請理由 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 個人番号カードを紛失した、又は更新中で、有効な個人番号カードが手元にない。 <input type="checkbox"/> 個人番号カードを返納する予定である。 <input type="checkbox"/> 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等、個人番号カードでの受診が困難である。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> ※個人番号カードによる電子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 () ※個人番号カードを取得していない方又は取得しているが健康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 <input checked="" type="checkbox"/> してください） <input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 <input 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、例えば、同一医療機関等において、1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等）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。

千葉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。

令和 年 月 日

申請者

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

被保険者本人との関係 _____

（※ 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。）