

記入例

第6条、第21条、第23条関係)

☒ 令和7年8月1日以降の資格確認書の申請

令和7年7月31日有効期限の資格確認書は不要で、新年度からの令和8年7月31日有効期限の資格確認書が必要な場合はこちらをチェックしてください。

交付を希望する被保険者	フリガナ 氏名	シカク カクオ 資格 確男	生年月日 昭和23年12月2日						
住所	三郷市花和田●●番地●								
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	個人番号

資格確認書の交付を希望する人の情報を記入してください。

申請理由	☐ 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、再交付を希望する ☐ その他 ※マイナンバーカードに、 ()
該当するものに ✓してください	翌年以降の資格確認書の継続交付を希望の場合はこちら(介助者～)をチェックしてください。
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 ☒ 自己負担限度額の適用区分 ☐ 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、厚生労働省が定める特定疾病(人工腎臓を実施する慢性腎不全)を指す区分(記号で標記)をいいます。
	高額療養費の自己負担限度額の区分を併記する場合はこちらをチェックしてください。(医療機関等の窓口での支払いを限度額にとどめたいかた)
	申請日と申請者の情報をご記入ください。

埼玉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 資格 確男

住 所 三郷市花和田●●番地●

電話番号 048-●●●-●●●●

被保険者本人との続柄 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。)