様式第６号（第６条、第２１条、第２３条関係）

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

交付を希望する被保険者	フリガナ 氏名	*クマガヤ　タロウ* *熊谷　太郎*	生年月日 昭和〇年〇月〇日
住所	*熊谷市宮町２－４７－１*		
被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇

申請理由に該当するものに☑をしてください。上記4つにあてはまらない場合は、その他に☑し、理由を記入してください。

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 （　**病院から提出を求められている**　等　　） ※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（希望するものすべてに☑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（記号で標記）をいいます。

説明を読み、必ず、☑をお願いします。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長　あて

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。

〇年　〇月　〇日

申請者　氏　　名　　大里　一郎

住　　所　　熊谷市中曽根６５４－１

電話番号　　〇〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇

被保険者本人との続柄　　長男

（※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。）