

交付を希望する 被保険者	フリガナ	コウイキ タロウ							生年月日			
	氏名	広域 太郎							大正	昭和		
個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
住所	753-8501 山口県山口市大手町9番11号											

申請理由 該当するものに ☑してください	<input type="checkbox"/> 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がない <input type="checkbox"/> マイナンバー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など、マイナンバーカードでの受診が困難である <input checked="" 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 ※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） <input checked="" 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箇所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。

山口県後期高齢者医療広域連合長 殿

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 7 年 10 月 21 日

申請者

氏 名 広域 太郎

住 所 753-8501

山口県山口市大手町9番11号

電話番号 083-921-7110

被保険者本人との関係 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。)

交付を希望する 被保険者	フリガナ	コウイキ タロウ							生年月日			
	氏名	広域 太郎							大正	昭和		
個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
住所	753-8501 山口県山口市大手町9番11号											

申請理由 該当するものに ☑してください	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である <input checked="" 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など、マイナンバー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 ※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 (施設に入所中であり、施設でマイナンバーカードの管理が難しいため。) ※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） <input checked="" 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箇所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。

山口県後期高齢者医療広域連合長 殿

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 7 年 10 月 21 日

申請者

氏名 後期 花子住所 753-0072山口県山口市大手町9番11号 自治会館ホーム電話番号 083-921-7111被保険者本人との関係 ケースワーカー

(※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。)

要保護者
(境界層該当者)

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

記入例

交付を希望する 被保険者	フリガナ	コウイキ タロウ							生年月日			
	氏名	広域 太郎							大正	昭和		
個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
住所	753-8501 山口県山口市大手町9番11号											

申請理由 該当するものに ☑してください	<p><input type="checkbox"/> 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がない</p> <p><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である</p> <p><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など、マイナンバーカードでの受診が困難である</p> <p><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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> その他</p> <p>※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 (境界層該当申請のため。)</p> <p>※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。</p>
任意記載事項の 記載の希望	<p>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)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分</p> <p><input type="checkbox"/> 特定疾病区分</p> <p><input type="checkbox"/> 任意記載事項の記載を希望しない</p> <p>※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箇所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。</p> <p>※「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。</p> <p>※「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。</p>

山口県後期高齢者医療広域連合長 殿

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 7 年 10 月 21 日

申請者

氏名 広域 一郎

住所 753-0072

山口県山口市大手町9番11号 自治会館

電話番号 083-921-7111

被保険者本人との関係 子

(※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。)