

【記載例】下記の①～⑤の箇所についてご記入いただき、必要な書類を持参（郵送の場合は添付書類は不要です。）の上、届け出てください。

様式第9号（第8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	生年月日
個人番号	① 名被保険者ご本人のお名前・生年月日・住所 月 日	
住 所	(連絡先電話番号) 等をご記入ください。	
(連絡先電話番号： — —)		

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が破損している ☐ 介助者等の第三者が被保険者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マイナ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(例えば、自己負担限度額等において1箇月につき定められた 自己負担限度額の範囲内) ※「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及び食事療養標準負担額 又は生活療養標準負担額 ※「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が定める特定疾病(人工臓器を移植する慢性腎不全 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。

滋賀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6年 12月 2日

申請者

④ 申請書を提出される
日付をご記入ください。

⑤記入(届出)される方のお名前・住所・被保険者本人との
続柄・連絡先のお電話番号をご記入ください。

※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。

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。)