

被保険者について記入

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	オダワラ タロウ 小田原 太郎	生年月日	昭和15年12月20日
被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
住所	小田原市荻窪300番地			

該当する申請理由にチェック

※その他の場合は理由を記入
(例:かかいつけの医療機関でマイナ
保険証による受診ができない等)

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
 マイナンバーカードを
 介助者等の第三者が
など、マイナンバーカード
 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。
()

※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、
申請により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ことで、例えば、同医療機関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(認知症、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。

任意記載事項の記載
(不記載)を希望する
場合は、該当事項に
チェックを入れる

窓口に来た方について記入

神奈川県厚労部保健医療課

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。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請者

氏名 小田原 太郎

住所 小田原市荻窪300番地

電話番号 0465-33-1843

被保険者本人との関係 本人

介護施設の職員や介助者
等の第三者(家族以外)が
申請する場合は委任状が必要
になります。