

被保険者資格申立書

有効な保険証の交付を受けており、医療保険等の被保険者資格について、下記の通り申し立てます。

※ 以下の各項目に可能な範囲で記入いただき、□には、あてはまる場合に「✓」を記入してください。なお、本申立書に記入いただいた情報は、医療機関等の診療報酬請求等に必要範囲のみ使用し、診療報酬請求等の請求・支払等に係る必要な事務を終えた段階で、速やかに廃棄します。

1 保険証等に関する事項

①	保険証の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有効な保険証の交付を受けている
②	保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない
③	保険者等名称	アンリツ健康保険組合 06142111
④	事業所名※1	
⑤	保険証の交付を受けた時期	<input checked="" type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> それより前 <input type="checkbox"/> わからない (わかる範囲でご記入ください。)
⑥	一部負担金の割合※2	<input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> わからない

※1 保険種別で社保（保険者が健康保険組合、共済組合、全国健康保険協会の場合）、国保（保険者が国民健康保険組合の場合のみ）、その他（自衛官・公費単独医療の場合）、わからないの□に「✓」を記入された場合は、事業所名（お勤め先の会社名等）の記入をお願いします。

※2 70歳以上の方、または後期高齢者医療の被保険者の方は、一部負担金の割合についてもご記入ください。なお、ご記入いただいた一部負担金の割合が実際と異なっていた場合、後日、保険者から差額を請求等させていただく場合があります。

2 マイナンバーカードの券面事項等

⑦	氏名	(フリガナ)
⑧	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
⑨	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
⑩	住所	

※3 マイナンバーカードの券面に記載された住所以外の居所がある場合はこちらにご記入ください。

※4 マイナンバーカードの券面に記載された氏名、生年月日、性別、住所をそのまま記入いただくとともに、氏名のフリガナも併せてご記入ください。また、マイナンバーカードの券面に記載された住所以外の居所がある場合は、住所欄に併せてご記入ください。

⑪ 年 月 日

⑫ 署名 (患者との関係※5:)

⑬ 連絡先電話番号

※5 (患者との関係)欄は、保護者の方等が署名された場合にご記入ください。

被保険者資格申立書に関する説明書

本申立書は、有効な保険証が発行されているにもかかわらず、マイナンバーカードにより資格確認を行った場合に、以下のような理由でオンライン資格確認ができない被保険者の方に、本来の自己負担額での保険診療を行うためにご記載をお願いする文書になります。

また、受診する医療機関指定の申立書がある場合は、指定の申立書を利用してください。

【ご記載が必要になる場合（例）】

- 転職等により保険証が発行されているものの、データ登録 中のため オンライン資格確認 ができない場合
- 機器のトラブル等により、マイナンバーカードでオンライン資格確認ができない場合

本申立書を医療機関の提出いただくことにより、3割負担（未就学児は2割負担。70歳以上等の方は1～3割）により自己負担額を計算します。

※被保険者番号等の情報（保険証のコピーや写真を含む。）がわかり次第、必ず受診された医療機関等にお伝えください。

※健康保険組合より、データ登録が完了した旨の連絡“資格情報のお知らせ”受領したら、この申立書は廃棄し、資格情報のお知らせ、または、マイナポータルにある資格情報を医療機関受付に提示するようにして下さい。

記入の仕方

- ① チェック
- ② 社保 にチェック
- ③ アンリツ健康保険組合 保険者番号は“06142111”を記入
- ④ 記入不要です
- ⑤ 資格取得時に使用しますので、 1か月以内 にチェック
- ⑥ 未就学児、または、70才以上の場合のみ、該当する割合にチェック
- ⑦ マイナンバーカードに書かれている氏名を記入してください
- ⑧ マイナンバーカードに書かれている生年月日を記入してください
- ⑨ マイナンバーカードに書かれている性別にチェック
- ⑩ マイナンバーカードに書かれている生年月日を記入してください
現住所（居所住所）が別に存在する方は、下段に居所住所を記入してください
- ⑪ 申立書の記入年月日を記入してください
- ⑫ 申立書を記入された方の署名をしてください
- ⑬ 申立書を記入された方の連絡先電話番号を記入してください

神奈川県厚木市恩名5-1-1
アンリツ健康保険組合
046-296-6720