

後期高齢者医療（青森市にお住まいのかた）

ご自身でのマイナ保険証の利用が困難なかた（高齢者、障がいがあるかたなど）は、申請いただくことで「資格確認書」が交付されます。

マイナ保険証を使わない場合の受診方法

- 2024年12月2日以降は、「**資格確認書**」でもこれまで通り医療にかかることができます。

<イメージ>後期高齢者医療（はがきサイズ）



- ※ 保険者によって様式・発行形態が異なります。
- ※ 資格確認書の交付等に関する事項は、ご自身が加入している医療保険者からの情報をご確認ください。ご不明点等についても、同保険者にお問合せをお願いします。

- **マイナ保険証を持っていても、マイナンバーカードで受診が困難なかた（高齢者、障がい者等）は、申請いただくことで、資格確認書を交付します。（更新時の申請は不要）**
※ 後期高齢者医療は、お住まいの市町村にお問合せください。
- 病態の変化などにより、顔認証付きカードリーダーをご自身で上手く使えない等**マイナ保険証の利用が困難になったかたは、申請いただくことで、資格確認書を交付します。**
現行の保険証と同様、親族等の法定代理人や、介助者等による代理申請も可能です。

《窓口で申請する場合》

以下をお持ちうえ、駅前庁舎1階国保医療年金課9番窓口または浪岡庁舎1階健康福祉課で申請してください。（情報コーナー、支所等では受付できません。）

【本人が申請する場合】

- 1 顔写真付きの本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）
- 2 後期高齢者医療保険の記号番号がわかるもの（被保険者証、資格情報のお知らせ等）

【代理人が申請する場合】

- 1 窓口に来る代理人のかたの顔写真付きの本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）
- 2 申請が必要なかたの後期高齢者医療の記号番号がわかるもの（被保険者証、資格情報のお知らせ等）
- 3 本人以外が委任を受けている場合は委任状、法定代理人である場合は登記事項証明書（施設職員が委任を受けた場合も、委任状が必要です。）

《郵送で申請する場合》

以下の書類を、国保医療年金課（〒030-0801 青森市新町1丁目3-7）まで郵送してください。

- 1 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（様式は青森市のホームページに掲載しています。）
- 2 顔写真付きの本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）の写し

- **後期高齢者医療制度の被保険者は、2025年7月末までの暫定的な運用として、現行の健康保険証が失効するかたに資格確認書を無償で申請によらず交付します。**

【注意】3月中旬から4月中旬は、青森市の窓口が大変混雑しますので、この期間に申請される場合は、時間に余裕を持ってお越しください。



マイナンバー総合
フリーダイヤル

0120-95-0178

5番を選択のうえ、音声ガイダンスにしたがってお進みください。

受付時間（年末年始を除く）

平日：9時30分～20時00分
土日祝：9時30分～17時30分

マイナンバーカード
の保険証利用について
もっと知りたい方は
こちら



青森市税務部
国保医療年金課
TEL 017-734-5493

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											生年月日 年 月 日		
被保険者番号				個人番号										
住所														

申請理由	<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 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 ()
該当するものに ☑してください	※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 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（記号で表記）をいいます。

青森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。

年 月 日

申請者 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

被保険者本人との続柄 _____

(※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。)

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	コウキ イチロウ 後期 一郎						生年月日	S20 年 4 月 2 日			
被保険者番号	01234567	個人番号										
住所	青森市中央1丁目22番5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 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 () ※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（記号で表記）をいいます。											

青森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 2 月 10 日

申請者 氏 名 青森 花子

住 所 青森市新町1丁目3番7号

電話番号 017-734-5493

被保険者本人との続柄 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。)

委任状

令和 年 月 日

私（委任者）は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。

- 後期高齢者医療資格確認書兼任意記載事項併記申請に関する事。
- 後期高齢者医療資格確認書再交付申請に関する事。
- マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に関する事。

委任者 住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

本人との関係 _____

連絡先 _____

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

委任状

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

私（委任者）は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。

- 後期高齢者医療資格確認書兼任意記載事項併記申請に関すること。
 後期高齢者医療資格確認書再交付申請に関すること。
 マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に関すること。

委任者 住 所 青森市中央1丁目22番5号

氏 名 後期 一郎

連絡先 017-734-1111

代理人 住 所 青森市新町1丁目3番7号

氏 名 青森 花子

本人との関係 子

連絡先 017-734-5493

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

委任者本人の手がふるえて字が書けないため、後期太郎が代筆しました。

代筆者 住 所 青森市中央1丁目22番5号

連絡先 017-734-1111