

受給者番号 (新規・転入は記入不要)													<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 変更
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

個人番号(マイナンバー)調書

① 提供が必要な個人番号(マイナンバー) ※下に記入してください

氏名	続柄	個人番号(マイナンバー)	番号確認 (県使用欄)
患者	本人		<input type="checkbox"/>
世帯員			<input type="checkbox"/>
世帯員			<input type="checkbox"/>
世帯員			<input type="checkbox"/>
世帯員			<input type="checkbox"/>
世帯員			<input type="checkbox"/>
世帯員			<input type="checkbox"/>

- ※1. 世帯員は、受給者と**同じ医療保険に加入している全員分(支給認定基準世帯員)**を記載してください。
 2. 以前にマイナンバーを既に提出をされてる方の、記載は不要です。

② この書類を提出するときに提示が必要な書類

原本を提示してください。(郵送の場合はコピーの提出でも可)

① 記載されたマイナンバーの確認書類

下記のうち、いずれか1種類

- 個人番号カード(裏面)
- 個人番号が記載された住民票
- 通知カード(住所や氏名等の記載内容が、住民票上の情報と一致している場合のみ可)

② 申請者の身元確認書類 (下記代理人が申請する場合は、代理人の身元確認書類)

身元確認できる主な書類 (例)

1枚で確認できる書類(顔写真あり)	2枚で確認できる書類(顔写真なし)
<input type="checkbox"/> 個人番号カード(表面) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 所得課税証明書 <input type="checkbox"/> 住民票(番号確認に使用した場合を除く) <input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)受給者証

【委任状】

申請者(患者本人又は保護者)以外の者が当書類を作成する場合は、下記委任状欄を記入してください。

- ※患者本人または保護者が作成したものを、家族の方などが提出のみする場合は記入する必要はありません。
 ※法定代理人が提出する場合は、戸籍謄本等の代理権を確認できる書類でも代用できます。

代理人	フリガナ		受診者との関係	生年月日
	氏名			年 月 日
	住所			
(申委任者)	個人番号の提出を、上記の者に委任します。			
	フリガナ		生年月日	
	氏名		年 月 日	
	住所			