

|                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 受給者番号<br>(新規・転入は記入不要) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 新規<br><input type="checkbox"/> 転入<br><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<br>(県使用欄) |  |  |  |                          |
|-----|----|----|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--------------------------|
| 受診者 |    | 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"/> |

※世帯員は以下のとおりです。

受診者が社会保険の場合：被保険者（受診者が被保険者であれば記入不要）

受診者が(市町村)国保・後期高齢・(職別)国保組合の場合：同一世帯で、同じ医療保険に加入している方全員

### 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"/> 資格確認書               | <input type="checkbox"/> 年金手帳      |
| <input type="checkbox"/> 運転免許証       | <input type="checkbox"/> パスポート    | <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"/> 運転経歴証明書     | <input type="checkbox"/> 在留カード    | <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"/> 身体障害者手帳     | <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 | <input type="checkbox"/> 住民票（番号確認に使用した場合を除く） |                                    |
| <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 |                                   | <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証     |                                    |

### 【委任状】

申請者(受診者本人又は保護者)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。

※受診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    | 生年月日  |
|        | 氏名                   |  |         | 年 月 日 |
|        | 住所                   |  |         |       |
|        |                      |  |         |       |