様式62号

**感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の２に基づく医療費公費負担申請に係る同意書及び委任状（特定個人情報）**

**〈同意書〉**

　　　　保健所長が、私の個人番号を利用して関係機関から特定個人情報(保険者情報)の提供を受けることに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

個人番号

署　　名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**〈委任状〉**

私は、感染症患者医療費公費負担申請に係るすべての権限を以下の者に委任します。

代理人氏名

患者との関係

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名

※申請に必要な添付書類　被保険者証の写し

＊代理人が手続きを行う場合は、患者の身元確認および代理人の身元確認を行います。

保健所確認欄

〈患者用〉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号  確認 | □個人番号記載住民票の写し  □個人番号カード（郵送の場合は写しを確認）  □通知カード（郵送の場合は写しを確認）  ※住所氏名等が住民票と一致している場合のみ  その他（　　　　　　　　　　　　） | 確認者 | 所　　属　　　　　　　　　確認日　　　　　　年　　月　　日  職・氏名 |
| 本人  確認 | ＊1点で確認できる書類（郵送の場合は写しを確認）  □運転免許証　　　　　□運転経歴証明書　　　□パスポート　　□身体障害者手帳　　　□精神障害者保健福祉手帳  □顔写真付きの身分証明書及び資格証明書　　　□個人番号カード  ＊本人確認のための書類(顔写真なしの場合、以下より２点) （郵送の場合は写しを確認）  □被保険者証　　　□年金手帳　　　　□住民票の写し　　　□身分証明書及び資格証明書　　　　□印鑑登録証明書  □公共料金等の領収書の写し　　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
|  | 〈代理人用〉 | 確認者 | 所　　属　　　　　　　　　　確認日　　　　　年　　月　　日  職・氏名 |
| 本人  確認 | ＊1点で確認できる書類（郵送の場合は写しを確認）  □運転免許証　　　　　□運転経歴証明書　　　□パスポート　　□身体障害者手帳　　　□精神障害者保健福祉手帳  □顔写真付きの身分証明書及び資格証明書　　　□個人番号カード  ＊本人確認のための書類(顔写真なしの場合、以下より２点) （郵送の場合は写しを確認）  □被保険者証　　　□年金手帳　　　　□住民票の写し　　　□身分証明書及び資格証明書　　　　□印鑑登録証明書  □公共料金等の領収書の写し　　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | |