

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

受給者番号 (新規・転入は記入不要)																			
	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"/>
患者 と 加入 する 医療 者 ※ 保 険																			<input type="checkbox"/>
																			<input type="checkbox"/>
																			<input type="checkbox"/>
																			<input type="checkbox"/>
保護者 (患者が未 成年のとき)																			<input type="checkbox"/>
																			<input type="checkbox"/>

※患者が社会保険の場合……………被保険者（患者が被保険者であれば記入不要）
 患者が国保・後期高齢・国保組合の場合……患者と同一の保険に加入する世帯全員分

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 申請者（患者本人又は保護者）の番号確認書類

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		性別	生年月日
	氏 名		男・女	年 月 日
	住 所			
（申 委 請 者）	個人番号の提出を、上記の者に委任します。			
	フリガナ		性別	生年月日
	氏 名		男・女	年 月 日
	住 所			