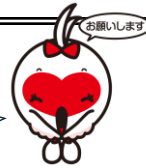


個人番号(マイナンバー)調書



「マイナンバー利用事務におけるマイナンバー登録事務に係る横断的なガイドライン【第2.0版】」(令和6年5月22日、デジタル庁)に基づき、申請時のマイナンバー提供をお願いしています。

1. 患者(受診者)様は 全員下記の欄にご記入の上、必要書類(裏面記載)をご用意ください。

フリガナ											生年月日
氏名											年 月 日
受給者番号											
個人番号											

2. 課税情報のご提出にあたり、マイナンバー情報連携を

- 希望しない ⇒ これより下は記入不要です。
 希望する ⇒ 3へ

マイナンバー情報連携とは？

専用のネットワークシステムを用いて、県が市町村から課税情報を取得することができます。
 △ 下部の記載に該当する場合は連携・取得できませんのでご注意ください。

3. 支給認定基準世帯員のマイナンバー情報をご記入ください。

患者(受診者)様の加入医療保険			
後期高齢者医療 広域連合	国民健康保険	国民健康保険組合	被用者保険
支給認定基準世帯員は… 患者(受診者)様と同じ医療保険に加入している方全員 ※義務教育終了前の方も含まれます		支給認定基準世帯員は… 保険情報確認書類で「被保険者」と記載されている方	

△ ご注意ください！ △

- ・ 申請者様の責任においてご記入ください。世帯員の本人確認書類は不要です。
- ・ 個人番号の記入誤りはありませんか？
- ・ 基準世帯員が複数いる場合、正しい記入欄に記入していますか？
(例)1人目を父親、2人目を母親としたが、個人番号を逆に書いてしまった。

[支給認定基準世帯員欄] ※本人確認書類は不要です

▼ カッコ内には市町村名をご記入ください。

1人目	フリガナ											生年月日	今年の1月1日時点の所在市町村
	氏名											年	<input type="checkbox"/> 患者様と同じ
	個人番号											月 日	<input type="checkbox"/> 患者様と異なる()
2人目	フリガナ											生年月日	今年の1月1日時点の所在市町村
	氏名											年	<input type="checkbox"/> 患者様と同じ
	個人番号											月 日	<input type="checkbox"/> 患者様と異なる()
3人目	フリガナ											生年月日	今年の1月1日時点の所在市町村
	氏名											年	<input type="checkbox"/> 患者様と同じ
	個人番号											月 日	<input type="checkbox"/> 患者様と異なる()
4人目	フリガナ											生年月日	今年の1月1日時点の所在市町村
	氏名											年	<input type="checkbox"/> 患者様と同じ
	個人番号											月 日	<input type="checkbox"/> 患者様と異なる()
5人目	フリガナ											生年月日	今年の1月1日時点の所在市町村
	氏名											年	<input type="checkbox"/> 患者様と同じ
	個人番号											月 日	<input type="checkbox"/> 患者様と異なる()

△ 以下に該当する場合は、マイナンバー情報連携による課税情報の取得ができません。これまでどおり「所得・課税証明書」のご提出が必要です。

- 情報連携処理にエラーが生じ、課税情報が取得できなかった場合
- ご記入いただいた内容に誤り等があったため情報連携ができず、課税情報が取得できなかった場合
- 支給認定基準世帯員の一部または全員が市町村民税の申告をしていないもしくは不明の場合
- 医療保険に変更があった場合



＜ 本人確認・番号確認 必要書類リスト ＞

「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」第16条に基づき、マイナンバー（個人番号）をご提供いただく際は、「本人確認」が必要です。

本人確認は、「番号確認」と「身元（実存）確認」に分類されており、確認に必要な書類は以下の表のとおりです。

👉 郵送で申請される場合は、いずれもコピーを同封してください。
コピーをとられる際は、「A4サイズ」をご指定ください。

○ 患者（受診者）様ご本人が申請する場合

患者（受診者）様について、ア～ウのいずれかの組み合わせの書類をご用意ください。

	チェック	番号確認	チェック	身元（実存）確認
ア	<input type="checkbox"/>	マイナンバーカード（裏面）	<input type="checkbox"/>	マイナンバーカード（表面）
イ	<input type="checkbox"/>	以下のうちいずれか1つ ● 通知カード（※） ● 個人番号入り住民票の写し ※ 氏名、住所等が住民票記載事項と一致している場合に限る	<input type="checkbox"/>	以下から1点 ① 運転免許証または運転経歴証明書 ② 旅券（パスポート） ③ 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳
ウ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	以下から2点 ① 公的医療保険の被保険者情報を確認できるもの（例）・資格情報のお知らせ ・資格確認書 ・マイナポータルからダウンロードした資格確認画面を印刷したもの ② 年金手帳 ③ 児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書 ④ 特定医療費（指定難病）受給者証 など

○ 代理人が申請する場合

代理人と患者（受診者）様について、それぞれ以下の書類をご用意ください。

チェック	1. 代理権の確認	
<input type="checkbox"/>	法定代理人の場合 … 戸籍謄本等	
2. 代理人の身元（実存）確認 ※ア、イのいずれか		
チェック		チェック
<input type="checkbox"/>	ア 以下から1点 ① 個人番号カード（表面） ② 運転免許証または運転経歴証明書 ③ 旅券（パスポート） ④ 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳	イ 以下から2点 ① 公的医療保険の被保険者情報を確認できるもの（例）・資格情報のお知らせ ・資格確認書 ・マイナポータルからダウンロードした資格確認画面を印刷したもの ② 年金手帳 ③ 児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書
チェック	3. 患者（受診者）様の番号確認 ※ア～ウのいずれか1つ	
<input type="checkbox"/>	ア	患者様の個人番号カードまたはそのコピー
	イ	患者様の通知カード（※）またはそのコピー ※氏名、住所等が住民票記載事項と一致している場合に限る
	ウ	患者様の個人番号入り住民票の写し