⚠ 赤枠部分を記入し、マイナンバーカードのコピーを貼ってください。

水俣病総合対策医療事業（医療手帳・水俣病被害者手帳）

オンライン資格確認利用申請書

新潟県知事　様

申請日：	年　　月　　日

※受給者本人が署名してください。自署できない場合は、記名押印してください。

申請者氏名：
（受給者氏名）

私は、個人番号カード（マイナンバーカード）によるオンライン資格確認の利用を希望し、本申請の内容に同意の上、次のとおり必要書類を添えて申請します。

受給者番号	※上から２段目の７桁の番号を記入してください。
受給者氏名	
生年月日	
住所	
電話番号	※日中つながりやすい電話番号を記入してください。

個人番号カード（マイナンバーカード）のコピー貼付欄

個人番号カードの「表面」と「裏面」両方のコピーを貼ってください。

《目隠しケース（袋）から出して番号がわかるようにコピーしてください》

※マイナンバーカード以外では申請できません。





※貼付欄に貼り切れない場合は、この台紙の裏面に貼ってください。