

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

別紙

対象者の個人番号等に記載誤りがないか十分確認してください
個人番号記載票

令和 年 月 日

患者 (要支援者)	フリガナ		生年月日	明 大 昭 平 令																
	氏 名			年 月 日																
	住 所	〒																		
	個人番号 (マイナンバー)																			
保護者 (患者が 18 歳未満の場合のみ記入)	フリガナ		生年月日	明 大 昭 平 令																
	氏 名			年 月 日																
	住 所	<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。 〒																		
	個人番号 (マイナンバー)																			
受給者番号																				
支給認定基準世帯員 (患者と同じ健康保険に加入している者)	一人目	フリガナ		生年月日	明 大 昭 平 令															
		氏 名			年 月 日															
		住 所	<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。 〒																	
		個人番号 (マイナンバー)																		
	二人目	フリガナ		生年月日	明 大 昭 平 令															
		氏 名			年 月 日															
		住 所	<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。 〒																	
		個人番号 (マイナンバー)																		
	三人目	フリガナ		生年月日	明 大 昭 平 令															
		氏 名			年 月 日															
		住 所	<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。 〒																	
		個人番号 (マイナンバー)																		

備考 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。

支給認定基準世帯員（患者と同じ健康保険に加入している者）	四人目	フリガナ											生年月日	明 大 昭 平 令				
		氏 名												年 月 日				
		住 所	<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。 〒															
		個人番号 (マイナンバー)																
	五人目	フリガナ											生年月日	明 大 昭 平 令				
		氏 名												年 月 日				
		住 所	<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。 〒															
		個人番号 (マイナンバー)																
	六人目	フリガナ											生年月日	明 大 昭 平 令				
		氏 名												年 月 日				
		住 所	<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。 〒															
		個人番号 (マイナンバー)																
	七人目	フリガナ											生年月日	明 大 昭 平 令				
		氏 名												年 月 日				
		住 所	<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。 〒															
		個人番号 (マイナンバー)																
八人目	フリガナ											生年月日	明 大 昭 平 令					
	氏 名												年 月 日					
	住 所	<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。 〒																
	個人番号 (マイナンバー)																	

〈保健所記入欄〉										<input type="checkbox"/> 対面	<input type="checkbox"/> 郵送
番号 確認	<input type="checkbox"/> 個番カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票等	代理	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書()	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 住基ネット	<input type="checkbox"/> その他()		
身元 確認	<input type="checkbox"/> 個番カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証(経歴証明書)	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 障害者手帳()	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 特別永住者証明書	<input type="checkbox"/> 写真付き身分証明書等()	<input type="checkbox"/> 健康保険証()	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 住民票等	<input type="checkbox"/> 国民年金手帳
	<input type="checkbox"/> (特別)児童扶養手当証書	<input type="checkbox"/> 写真なし身分証明書等()									
(備考欄)											