別紙様式第８号　　令和５年４月１日改正様式

個人番号に係る調書（指定難病用）

書類記入日　令和　　年　　月　　日

受診者 （申請者）	かな 氏名											
個人番号												
保護者 （受診者が18歳未満の場合のみ記載）	かな 氏名											
個人番号												
千葉県の受給者番号 （お持ちの方のみ）												

※国保・国保組合・後期高齢者医療以外の方は被保険者の方のみ記載してください。
国保・国保組合・後期高齢者医療の方は、同一保険に加入する世帯員を全員記載してください。
※受診者（申請者）が被保険者の場合、受診者は記載不要です。

保健所受領印

○受診者（申請者）と同一の医療保険に加入している方	世帯員１	かな 氏名								生年月日 M・T S・H R　年　月　日		
	個人番号											
	世帯員２	かな 氏名								生年月日 M・T S・H R　年　月　日		
	個人番号											
	世帯員３	かな 氏名								生年月日 M・T S・H R　年　月　日		
	個人番号											
	世帯員４	かな 氏名								生年月日 M・T S・H R　年　月　日		
	個人番号											
	世帯員５	かな 氏名								生年月日 M・T S・H R　年　月　日		
	個人番号											

保健所記入欄	本人確認	□申請者 □保護者 □代理人（申請者の配偶者等）	□個人番号カード　□運転免許証　□パスポート　□その他（　　） 以下は二つ確認が必要 □受給者証　□保険証　□住民票　□税証明　□在留カード □その他（　　）
	代理権確認		□申請者の健康保険証（原本）　□申請者の個人番号カード □戸籍謄本（法定代理人）　□委任状　□その他（　　）
	申請者の番号確認		□個人番号カード　□通知カード　□住民票の写し □その他（　　）