

### 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	生年月日										
		氏名	M・T S・H R 年 月 日										
	個人番号												
	世帯員 2	かな	生年月日										
		氏名	M・T S・H R 年 月 日										
	個人番号												
	世帯員 3	かな	生年月日										
		氏名	M・T S・H R 年 月 日										
	個人番号												
	世帯員 4	かな	生年月日										
	氏名	M・T S・H R 年 月 日											
個人番号													
世帯員 5	かな	生年月日											
	氏名	M・T S・H R 年 月 日											
個人番号													

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