

個人番号に係る調書（指定難病用）

新規 県外転入

世帯員変更（保険の変更による世帯員の変更含む）

書類記入日 平成 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														
千葉県を受給者番号 (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。

※既に受給されている方で、例えば社保から国保に保険が変更したことに伴い、世帯員が変更(増加)する場合は、世帯員全員の記載が必要となります。

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

窓口記入欄	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"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 税証明 <input type="checkbox"/> 受給者証 <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()	