



# 個人番号に係る調書（小児慢性用）



チーバくん

書類記入日

年 月 日

申請者 (受診者本人と異なる場合に記入。受診者本人の場合は本人と記入。)	かな											
	氏名											
個人番号												
受診者	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・国保組合以外の方は被保険者本人のみ記載してください。  
 国保・国保組合の方は、同一保険に加入する世帯員を全員記載してください。

※申請者が被保険者の場合、申請者について下表への記載は不要です。  
 ※受診者は、下表への記載は不要です。

保健所受領印

○受診者と同じ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"/> 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( )