

個人番号(マイナンバー)調書

この調書について

「マイナンバー利用事務におけるマイナンバー登録事務に係る横断的なガイドライン【第2.0版】」(令和6年5月22日、デジタル庁)に基づき、申請の都度、マイナンバー提供をお願いしています。

下記の記入欄に、患者(受診者)様と支給認定基準世帯員の方全員分のマイナンバー情報をご記入ください。

「マイナンバー情報連携」について

行政機関同士が専用のネットワークシステムを用いて行政手続に必要な情報をやりとりすることで、県民の皆さまが各種手続きの際に提出する書類(所得(非)課税証明書など)を省略できる仕組みです。

この仕組みを利用した県による情報取得について、ご希望の内容を ☐ でご回答ください。

〔患者(受診者)欄〕

フリガナ											生年月日	
氏名											年 月 日	
受給者番号												
個人番号												

〔支給認定基準世帯員欄〕 ※本人確認書類の提示(提出)は不要です ▼ カッコ内には市町村名をご記入ください。

1人目	フリガナ											生年月日	今年の1月1日時点の所在市町村
	氏名											年	☐ 患者(受診者)と同じ ☐ 患者(受診者)と異なる()
	個人番号										月 日		
2人目	フリガナ											生年月日	今年の1月1日時点の所在市町村
	氏名											年	☐ 患者(受診者)と同じ ☐ 患者(受診者)と異なる()
	個人番号										月 日		
3人目	フリガナ											生年月日	今年の1月1日時点の所在市町村
	氏名											年	☐ 患者(受診者)と同じ ☐ 患者(受診者)と異なる()
	個人番号										月 日		
4人目	フリガナ											生年月日	今年の1月1日時点の所在市町村
	氏名											年	☐ 患者(受診者)と同じ ☐ 患者(受診者)と異なる()
	個人番号										月 日		
5人目	フリガナ											生年月日	今年の1月1日時点の所在市町村
	氏名											年	☐ 患者(受診者)と同じ ☐ 患者(受診者)と異なる()
	個人番号										月 日		

マイナンバー情報連携を利用した県による情報取得について、希望するものに ☒ してください

☐ 希望しない → 加入健康保険の資格情報及び課税情報の資料のご提出が必要です

☐ 希望する → ☐ 加入健康保険の資格情報 ☐ 課税情報 ☐ 保険情報と課税情報の両方

△ 以下に該当した場合は、マイナンバー情報連携による情報の取得ができないため、別途資料のご提出をお願いさせていただきます。

- 情報照会先の問題等によりエラーが発生した場合
- ご記入いただいた内容に誤り等があり、正しく情報照会ができなかった場合
- 支給認定基準世帯員の一部または全員が市町村民税の申告をしていないもしくは不明の場合

△ 以下に該当した場合は、ご希望がない場合でも、マイナンバー情報連携による情報取得をさせていただきます。

- ご提出いただいた保険・課税情報に不備があった場合(足りない、印刷が欠けていて読み取れない、など)

(参考) 支給認定基準世帯員のご説明

患者(受診者)様の加入健康保険			
後期高齢者医療広域連合	国民健康保険	国民健康保険組合	被用者保険(協会けんぽ、共済組合など)
患者(受診者)様と同じ健康保険に加入している方全員 ※義務教育終了前の方も含まず			保険情報確認資料で「被保険者」と記載されている方

< 本人確認・番号確認 必要書類リスト >

「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」第16条に基づき、マイナンバー（個人番号）をご提供いただく際は、「**本人確認**」が必要です。

本人確認は、「**番号確認**」と「**身元(実存)確認**」に分類されており、確認に必要な書類は以下の表のとおりです。

✉ 郵送で申請される場合は、いずれもコピーを同封してください。
コピーをとられる際は、「A4サイズ」をご指定ください。

○ 患者(受診者)様ご本人が申請する場合

患者(受診者)様について、ア～ウのいずれかの組み合わせの書類をご用意ください。

	チェック	番号確認	チェック	身元(実存)確認
ア	☐	マイナンバーカード(裏面)	☐	マイナンバーカード(表面)
イ	☐	以下のうちいずれか1つ ● 通知カード(※) ● 個人番号入り住民票の写し ※ 氏名、住所等が住民票記載事項と一致している場合に限る	☐	以下から1点 ① 運転免許証または運転経歴証明書 ② 旅券(パスポート) ③ 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳
ウ			☐	以下から2点 ① 加入健康保険の被保険者情報を確認できるもの (例)・資格情報のお知らせ ・資格確認書 ・マイナポータルからダウンロードした資格確認画面を印刷したもの ② 年金手帳 ③ 児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証 ④ 特定医療費(指定難病)受給者証 など

○ 代理人が申請する場合

代理人と患者(受診者)様について、それぞれ以下の書類をご用意ください。

チェック	1. 代理権の確認
☐	法定代理人の場合 … 戸籍謄本等

2. 代理人の身元(実存)確認 ※ア、イのいずれか

チェック		チェック	
☐	ア 以下から1点 ① 個人番号カード(表面) ② 運転免許証または運転経歴証明書 ③ 旅券(パスポート) ④ 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳	☐	イ 以下から2点 ① 加入健康保険の被保険者情報を確認できるもの (例)・資格情報のお知らせ ・資格確認書 ・マイナポータルからダウンロードした資格確認画面を印刷したもの ② 年金手帳 ③ 児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書

3. 患者(受診者)様の番号確認 ※ア～ウのいずれか1つ

☐	ア	患者(受診者)様の個人番号カードまたはそのコピー
	イ	患者(受診者)様の通知カード(※)またはそのコピー ※氏名、住所等が住民票記載事項と一致している場合に限る
	ウ	患者(受診者)様の個人番号入り住民票の写し