



個人番号に係る調書（小児慢性用）



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	☐ 申請者	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ その他()
		☐ 代理人(申請者の配偶者等)	以下は二つ確認が必要 ☐ 受給者証 ☐ 医療保険の資格確認書 ☐ 住民票 ☐ 税証明 ☐ 在留カード ☐ その他()
	代理権確認		☐ 申請者の医療保険の資格確認書(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()