

同意書

1. 私（申請者）は保険給付の支給に関する情報を取得することについて

同意します。 →下記に署名してください。

※保険給付に係る情報が取得できない場合は、資格確認書等の写しの提出を依頼することがあります。

同意しません。 →資格確認書等の写しの提出が必要です。

【窓口での確認について】

窓口で申請者本人のマイナンバーの確認と身元確認を行いますので、下記（1）～（3）のいずれかをご持参ください。

（1）マイナンバーカード

（2）通知カード又はマイナンバー記載のある住民票等+顔写真入りの身分証明書

（3）通知カード又はマイナンバー記載のある住民票等+顔写真の入っていない身分証明書 2種類

※代理人が申請する場合は、別途書類が必要となります。

申請者 氏名（自署）	個人番号 (マイナンバー)	紙による提出	健康保険の種別
(ふりがな)			<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他（ ）
（氏名）			<input type="checkbox"/>

※郵送による申請の場合は、マイナンバーの確認できる書類（マイナンバーカード、通知カード等）の写しと、身元確認のできる書類（マイナンバーカード、運転免許証等）の写しを添付してください。

保健所・センター・市町村確認欄	
番号確認 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> マイナンバー付き住民票 (代理人の場合) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 申請者（代理人）の本人確認	本人確認 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書 (運転免許証・パスポート ・その他（ ）) <input type="checkbox"/> 顔写真のない身分証明書（2つ） (資格確認書、その他（ ）)

申請日 令和 年 月 日