

## 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、健康保険証の写しの提出を依頼することがあります。
- 同意しません。 → 健康保険証の写しの提出が必要です。

**2. 私は住民基本台帳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。  
※住民基本台帳に係る情報が取得できない場合は、住民票の写しの提出を依頼することがあります。
- 同意しません。 → 住民票の提出が必要です。

**【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
（氏名）			<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（                    ）

※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・センター確認欄	
<b>番号確認</b> <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 （法定代理人の場合） <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	<b>本人確認</b> <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） （保険証、その他（                    ））

申請日                    令和                    年                    月                    日