

○個人番号記載票

【記入例】個人番号記載票（県単、血液、特定）

年 月 日

患者	フリガナ	サイタマ ハナコ										
	氏名	埼玉 花子										
	住所	〒000-000 00市△△町1-2-3										
	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
保護者 (患者が18歳未満の場合のみ記入)	フリガナ	サイタマ タロウ										
	氏名	埼玉 太郎										
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックして 〒										
	個人番号 (マイナンバー)	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1
受給者番号												
被保険者 (特定疾患の申請で、患者と被保険者が異なり、かつ市町村民税が非課税の場合、記入)	フリガナ	サイタマ アヤコ										
	氏名	埼玉 彩子										
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。 〒										
	個人番号 (マイナンバー)	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1	1
※患者と同じ健康保険に加入している者 ※県単指定難病で、情報照会を希望する方全員を記載	フリガナ	サイタマ イチロウ										
	氏名	埼玉 一郎										
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックして 〒										
	個人番号 (マイナンバー)	4	5	6	7	8	9	1	0	1	1	1
	フリガナ											
	氏名											

① 患者欄

- 患者の個人番号(マイナンバー)と氏名(フリガナ)、住所、生年月日を記入してください。

② 保護者欄

- 患者が18歳未満で、保護者が申請する場合は、この欄に保護者の個人番号(マイナンバー)と氏名(フリガナ)、住所、生年月日を記入してください。
- 患者と同住所の場合は、住所欄にすることと記入を省略できます。

③ 受給者番号欄

- 新規申請時は記入の必要はありません。
- ※支給認定後の手続きで使用の際は、受給者証に記載してある受給者番号を記入してください。

④ 被保険者欄

- 特定疾患の申請で、患者と被保険者が異なり、かつ被保険者の市町村民税が非課税の場合、被保険者の個人番号(マイナンバー)と氏名(フリガナ)、住所、生年月日を記入してください。
- 患者と同住所の場合は、住所欄にすることと記入を省略できます。

⑤ 患者と同じ健康保険に加入している者欄

- 県単指定難病の申請で、患者と同じ健康保険に加入している者が情報照会を希望する場合、対象者の個人番号(マイナンバー)と氏名(フリガナ)、住所、生年月日を記入してください。
- 患者と同住所の場合は、住所欄にすることと記入を省略できます。

- 内容に誤りのないよう十分にご確認の上、記入・提出してください。特に、個人番号(マイナンバー)は4桁ずつ丁寧に確認いただき、正確に記入してください。
- 必ず本人確認書類(番号確認+身元確認)を併せて提示又は提出してください。