

番号利用申出 (保健所確認)	有	
	無	

個人番号（マイナンバー）提供票

(提出日) 令和 年 月 日

鹿児島県知事 殿

(提供人住所)
(提供人氏名)

特定医療費（指定難病）支給認定事務で利用する個人番号について、下記のとおり提供します。

記

1 個人番号の記入欄

((1)～(3)に記載した氏名、個人番号の提供記録等について不開示とするよう申し出る場合は、不開示申出欄に「○」を記載するとともに、不開示とする理由欄にその理由を記入してください。)

(1) 特定医療費（指定難病）医療費助成対象疾病の患者

(不開示申出)

氏名												
個人番号												

--

保健所担当 確認印 (番号確認用)		保健所担当 確認印 (身元確認用)	
-------------------------	--	-------------------------	--

(2) 保護者

((1)の患者が18歳未満の方は同一医療保険に加入している保護者名を記入してください。)

(不開示申出)

氏名												
個人番号												

--

(3) (1)の患者と同じ医療保険に加入している下記の者

- ・市町村国保・後期高齢者医療の場合…世帯員全員
- ・上記以外の医療保険の場合…被保険者のみ

※ 国保組合の場合は、個人番号を利用して所得額・課税額証明書を省略できません。

((1)と同一の場合は、記載不要) (不開示申出)

1	氏名											
	個人番号											
2	氏名											
	個人番号											
3	氏名											
	個人番号											
4	氏名											
	個人番号											
5	氏名											
	個人番号											

【不開示とする理由】

--

2 提出書類貼付（※郵送による方法を選んだ方のみ）

※患者分のみ貼付してください