

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：

登録者証発行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 提供する個人番号

（(1)～(2)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) 患者本人

氏名												(不開示申出)
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歳未満の場合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。）

氏名												(不開示申出)
個人番号												

【不開示とする理由】

--

2 マイナンバーカード（コピー）の貼付（郵送で申請する場合のみ）