

個人番号及び医療保険被保険者番号等の

記載例

記載等に関する確認書

この確認書は、1申請につき1通必要となります。

被保険者本人の記載が困難な場合は、代筆により記入をお願いいたします。

令和 年 月 日

保 険 者 (配 偶 者)

住 所 常陸太田市金井町3690

氏 名 常陸 はな

私は介護保険に関する申請書類の記載に必要な個人番号（マイナンバー）及び医療保険被保険者番号等の取り扱いについて、下記のとおりとします。

※ 該当する下記の番号を○で囲んでください。

個人番号（マイナンバー）について

- 市が記載及び確認をすることに同意します。
- 市が記載及び確認をすることに同意しません。
- 被保険者の利用の意思確認が困難であるため、同意を確認することができません。

1、2、3のいずれかを選択してください。要介護認定等申請は個人番号・医療保険被保険者番号等の両方について選択してください。

医療保険被保険者番号等について

- 市が記載及び確認をすることに同意します。
- 市が記載及び確認をすることに同意しません。
- 被保険者の利用の意思確認が困難であるため、同意を確認することができません。

※上記のどちらか一方でも3に該当する場合は、確認者欄の記載もお願いいたします。

確認者	住所または事業所名	常陸太田市金井町3690
	氏 名	常陸 太郎 (本人との関係 子)

窓口来庁者（窓口来庁者が記入してください。）

住 所 または事業所名	市役所に来庁された方が記入してください。 郵送する場合は、記載された方を記入してください。その場合は、記載された方の身分証の写しを同封してください。	
氏 名		
本人との関係	<input type="checkbox"/> その他 ()	