

個人番号に係る調書

新規 市外転入

世帯員変更(保険の変更による世帯員の変更含む)

書類記入日

年 月 日

受診者	かな										
	氏名										
個人番号											
保護者 (受診者が18歳未満の 場合のみ記載)	かな										
	氏名										
個人番号											
千葉市の受給者番号 (お持ちの方のみ)											

※国保・国保組合・後期高齢者医療以外の方は被保険者の方のみ記載してください。
 国保・国保組合・後期高齢者医療の方は、同一保険に加入する世帯員を全員記載してください。
 ※既に受給されている方で、保険が変更したことに伴い、世帯員が変更(増加)する場合は、世帯員全員の記載が必要となります。

受領印

○受診者と同一の医療保険に加入している方	世帯員 1	かな	生年月日								
		氏名	年 月 日								
	個人番号										
	世帯員 2	かな	生年月日								
		氏名	年 月 日								
	個人番号										
	世帯員 3	かな	生年月日								
		氏名	年 月 日								
	個人番号										
	世帯員 4	かな	生年月日								
	氏名	年 月 日									
個人番号											
世帯員 5	かな	生年月日									
	氏名	年 月 日									
個人番号											

窓口記入欄	本人確認	<input type="checkbox"/> 申請者(受診者本人または保護者) <input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() 以下は二つ確認が必要 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 税証明 <input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> その他()
	代理権確認		<input type="checkbox"/> 申請者の健康保険証(原本) <input type="checkbox"/> 申請者の個人番号カード <input type="checkbox"/> 戸籍謄本(法定代理人) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()
	申請者の番号確認		<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他()