

(別添様式)

個人番号提供書

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づき入院患者・結核患者の医療に係る費用負担の申請のため、患者本人等の個人番号を提供します。

1 患者本人

フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日	性別	
住所			
個人番号 (12桁)			

2 申請者 ※申請者が保護者となる場合に記入。

フリガナ		患者との関係	
氏名			
生年月日	年 月 日	性別	
住所	・患者本人と同じ		
個人番号 (12桁)			

上記内容により、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」に定められている範囲内で、情報を取り扱うことに同意します。

岡山県知事 殿

年 月 日

署名又は氏名・印

※下記欄については、記入しないでください。

保健所記入欄	番号確認 (いずれか1点)	身元確認 (写真ありは1点、写真なしは2点)	職員 確認印
	<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 ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(表) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体・精神・療育手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・生保受給者証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 課税証明書類