

(様式第1号)

[illegible]

※参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、参加者証を交付している都道府県知事に、変更箇所を交付申請書に記載し、参加者証及び変更箇所にかかる関係書類を添えて提出すること。

(様式第1号)

世帯員調査書及び個人番号（マイナンバー）提供書兼同意書

徳島県知事 殿

年 月 日

申請者（受診者）氏名

（自署の場合は押印不要）

- 1 下記の者が、私（申請者）及び私が属する住民上の同一世帯員であることに相違ありません。
2 私及び下記の同一世帯員は、特定個人情報（「住民基本台帳に関する情報」、「医療保険給付の支給に関する情報」及び「直近年度の市町村民税に関する情報」）を取得することについて、
（該当する方にチェック）

☐ 同意します。 → 同意する本人それぞれが下記に署名の上、個人番号（マイナンバー）を記載してください。

☐ 同意しません。 → 個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。
「世帯全員の住民票」「医療保険の資格がわかるもの」
「世帯全員の市町村民税（非）課税証明書」の提出が必要です。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

申請者・世帯員氏名（自署）		申請者との続柄	0～15歳	個人番号（マイナンバー） 添付書類の一部省略にマイナンバーを利用する場合にのみ記載													
フリガナ 申請者（受診者）		本人															
			<input type="checkbox"/>	保険者名													
生年月日		年 月 日生		記号・番号・枝番													
			<input type="checkbox"/>	保険者名													
生年月日		年 月 日生		記号・番号・枝番													
			<input type="checkbox"/>	保険者名													
生年月日		年 月 日生		記号・番号・枝番													
			<input type="checkbox"/>	保険者名													
生年月日		年 月 日生		記号・番号・枝番													

【注意事項】

- ・16歳未満の方については、同意（自署）は不要です。また、個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。
- ・上記の同一世帯員のうち、1/1時点で現住所と異なる市町村に住んでいた者がいる場合は、該当者の「申請者・世帯員氏名（自署）」欄に1/1時点の居住市町村を記載してください。
- ・特定個人情報が取得できない場合は、書類の提出をお願いすることがあります。
- ・申請者が70歳以上で、所得（適用）区分が「一般（Ⅲ）」の方のみ、世帯員の記載が必要です。