

貼付台紙兼マイナンバー情報連携申出書

協会けんぽでは、以下の対象申請書について、非課税証明書等の添付が必要となる場合に、申請書にマイナンバーを記入いただいたうえで、情報連携を行います。

ただし、現在は、マイナンバー制度全体で、情報連携の事務処理手続きへの移行を円滑に行うことを目的に「試行運用期間」となっていますので、引き続き従来と同様の添付書類の提出をいただきますようお願いいたします。

また、なりすましによる手続き防止等のため、マイナンバーに係る「番号確認書類」および「身元確認書類」の添付をお願いします。

対象申請書	<p><マイナンバーを記入いただくことにより、情報連携を行う申請></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高額療養費の申請 ○ 高額介護合算療養費の申請 ○ 食事及び生活療養費標準負担額の減額申請 ○ 基準収入額適用の申請 ※ <p>※70歳以上の被保険者および被扶養者全員分の書類の添付が必要です。 (注)情報連携のためにマイナンバーの記入が必要となるのは、非課税証明書等の添付が必要な方的場合です。</p>
-------	---

マイナンバーカード(個人番号カード)をお持ちの場合

マイナンバーカードの表面・裏面の両方のコピーを添付してください。

※ 表面(写真のある面)が身元確認書類、裏面が番号確認書類となります。

マイナンバーカードをお持ちでない場合

① 番号 確認書類	<ul style="list-style-type: none"> ● 個人番号通知のコピー ● 住民票(マイナンバーの記載のあるもの) ● 住民票記載事項証明書(マイナンバーの記載のあるもの) 	}	のうち どれか一つ
-----------------	---	---	--------------



② 身元 確認書類	<ul style="list-style-type: none"> ● 運転免許証のコピー ● パスポートのコピー ● その他官公署が発行する写真つき身分証明書のコピー 	}	のうち どれか一つ
-----------------	--	---	--------------

どちらも添付してください。

被保険者情報欄をご記入ください。

申請にあたり、マイナンバーによる情報連携を利用します。

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号																
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>								
住民票上の住所※	〒 <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>																		
氏名	(フリガナ) _____																		

※以下の**住民票上の住所**をご記入ください。

- ・平成28年8月診療分～平成29年7月診療分は、平成28年1月1日の住所。
- ・平成29年8月診療分～平成30年7月診療分は、平成29年1月1日の住所。

注: 基準収入額適用申請書の場合のみ、以下の住民票上の住所をご記入ください。

- ・1月～7月の申請の場合は、前年の1月1日の住所。
- ・8月～12月の申請の場合は、本年の1月1日の住所。

なお、被扶養者の住所も同様です。

基準収入額適用の申請をする場合は、被扶養者(旧被扶養者)情報をご記入ください。

申請にあたり、マイナンバーによる情報連携を利用します。

被 扶 養 者 情 報	住民票上の住所※	〒 <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>								
氏名	(フリガナ) _____									

- 書類は、この台紙の裏面に、はみ出さないように貼ってください。
- 被扶養者が2名以上いる場合は、この申出書をコピーのうえご使用ください。

①	番 号 確 認 書 類
被保険者	の り し ろ
被扶養者	の り し ろ

②	身 元 確 認 書 類
被保険者	の り し ろ
被扶養者	の り し ろ

のりしろで貼りきれない大きな添付書類の端をここに貼ってください。

