

## 個人番号（マイナンバー）提供のお願い

小児慢性特定疾病医療費支給認定および登録者証に係る申請・変更等につきましては、マイナンバーの提供が必要となっています。そのため、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に伴う個人番号の提供について（様式第 16 号）に対象者のマイナンバーを記載していただくとともに、マイナンバーカード等の提示をお願いいたします。

### 1 様式第 16 号にマイナンバーの記入が必要な方

| 受診者の加入する医療保険等              | 受診者 | 申請者 | 支給認定基準世帯員 |                        |
|----------------------------|-----|-----|-----------|------------------------|
| 被用者保険<br>（健保協会、健保組合、共済組合等） | ○   | ○   |           |                        |
| 国民健康保険<br>（市町村国保、国保組合）     | ○   | ○   | ○         | 受診者と同じ国民健康保険に加入している方全員 |
| 生活保護受給等                    | ○   | ○   | —         |                        |

### 2 マイナンバーの確認のため、上記 1 の方について次のいずれかを申請窓口<sup>※</sup>に提示してください。

| マイナンバー確認書類                                            |
|-------------------------------------------------------|
| マイナンバーカード（申請者本人の場合）、またはマイナンバーカードの写し（代理人の場合）           |
| マイナンバーが記載された住民票                                       |
| 通知カード（氏名、住所等の記載事項に変更がない場合または正しく変更手続きが取られている場合に限り利用可能） |

### 3 マイナンバーの提出者が申請者本人またはその代理人であることを確認するため、提出者について次の①または②の書類を申請窓口<sup>※</sup>に提示（提出）してください。

#### 【申請者本人が持参する場合】

| マイナンバーを提出する方の身元確認書類（申請者本人のもの） |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| ①<br>右の書類から<br>1 点            | 1 マイナンバーカードの表面<br>2 運転免許証<br>3 パスポート |
| ②<br>右の書類から<br>2 点            | 1 健康保険証<br>2 国民年金手帳<br>3 児童扶養手当等証書   |

#### 【代理人が持参する場合】

| マイナンバーを提出する方の身元確認書類（代理人のもの） |                                                                                     |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ①<br>右の書類のうち<br>1 点         | 1 マイナンバーカードの表面<br>2 運転免許証<br>3 パスポート                                                |
| 代理権の確認                      |                                                                                     |
| ②<br>右の書類のうち<br>1 点         | 1 委任状の提出（様式第 17 号）<br>委任状の提出が困難な場合<br>2 申請者本人の健康保険証（または資格確認書*）の提示<br>3 申請者のパスポートの提示 |

\*マイナ保険証を保有していない者に交付されたもの。「資格情報のお知らせ」ではない。

4 様式第 16 号を記入したら、申請書（様式第 1 号）または、変更届（様式第 5 号）の下部の「・別紙提出の個人番号と相違ありません。」の横にある□にチェック（し）を記入してください。

様式第 1 号

|                                                 |                        |
|-------------------------------------------------|------------------------|
| 上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。                    |                        |
| 申請者住所: 〒                                        | フリガナ<br>申請者氏名(※7)      |
| ・別紙提出の個人番号と相違ありません。□←(今回マイナンバーを提出の方はチェックしてください) |                        |
| 受診者との続柄: 受診者の( )                                | 申請者自宅電話番号( )<br>その他連絡先 |

様式第 5 号

【添付書類】

(1) 受給者証（兼登録者証）の写し

(2) 受診者、支給認定基準世帯員の個人番号 ・別紙提出の個人番号と相違ありません。□（チェックしてください）

(3) ① 氏名の変更の場合、戸籍謄本（省略できません）住所の変更の場合、住民票（情報連携で確認できる場合、省略可）  
② 保険者証の内容の変更の場合、医療保険の資格情報が確認できる資料、保険者からの情報提供に係る同意書、  
保険者が所得区分の認定を行うために必要な書類等

注）自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・高額かつ長期・重症患者認定）及び疾病名の変更については、支給認定の変更を行うため、支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。

様式第 17 号

|     |                                                   |
|-----|---------------------------------------------------|
| 記入例 | 申請者に代わってご家族の方が個人番号の提供を行う場合は、様式第 16 号に添えて提出してください。 |
|-----|---------------------------------------------------|

様式第 17 号

## 委任状

年 月 日

富山県知事 殿

申請書の申請日と同日か、それより前の日

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項における権限を委任します。

(委任事項)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に伴う個人番号提供に関することについて

代理人

住所

氏名

生年月日

年 月 日

委任者との関係

申請者本人が、代理人及び委任者について記入してください。

委任者（申請者）

住所

氏名

生年月日

年 月 日

1 委任者は自署してください。

2 個人番号確認に必要ですので、委任者のマイナンバーカードまたは通知カードを持参してください。

3 厚生センター（支所）の窓口に来所した際に、委任状の提出とともに、来所した方が委任を受けた代理人本人であることが確認できるもの（運転免許証等）を提示してください。