

肝炎、肝がん・重度肝硬変等の医療費等の助成制度
個人番号(マイナンバー)届

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

(※新規申請・県外からの転入の場合は記入不要)

	氏 名	個人番号 (マイナンバー) ※12 けた											
受診者													
世帯員 (*1)													
//													
//													
//													
//													
//													
//													

(*1 受診者と同じ世帯で同じ健康保険に加入している方全員を記入)

(※代理人が提出する場合)	委 任 状	年 月 日
福井県知事 様	委任者(申請者) 住所 氏名	
私 (申請者) は、下記の者に個人番号 (マイナンバー) 利用・提供等の取扱いを委任します。		
代理人	住所 氏名 委任者との関係	

【保健所記入欄】

提出方法	来所： ☐ 申請者本人 ☐ 代理人 ☐ 郵送
身元確認	☐ 顔写真入り身分証明書 1つ → ☐ 個人番号カード、 ☐ 運転免許証、 ☐ パスポート、 ☐ 他 () ☐ 顔写真なし身分証明書 2つ → ☐ 健康保険証、 ☐ 年金手帳、 ☐ 介護保険被保険者証、 ☐ 住民票の写し、 ☐ 他 ()
番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票等
受付確認	年 月 日 確認者