

番号利用申出 (保健所確認)	有	
	無	

個人番号（マイナンバー）提供票

(提出日) 令和 年 月 日

鹿児島県知事 様

(提供人住所)
(提供人氏名)

特定医療費（指定難病）支給認定事務で利用する個人番号について、下記のとおり提供します。

記

1 個人番号の記入欄

(1)~(3)に記入した氏名や個人番号等について、提供記録等を不開示を申し出る場合、不開示申出欄に「○」をし、不開示とする理由欄の該当する事情に「○」を付けてください。

また、市町村名については、証明年度の1月1日現在にお住まいの市町村名を記入してください。

なお、医療保険のうち、国保組合については、市町村発行の所得額・課税額証明書（原本）を添付して保険者照会する必要があるため、利用できません。

(1) 特定医療費（指定難病）医療費助成対象疾病の患者

受給者番号														
氏名					市町村名									
個人番号														

(不開示申出)

--

(2) 保護者

(1)の患者が18歳未満の方は同一医療保険に加入している保護者名を記入してください。

氏名					市町村名	□患者と同じ市町村								
個人番号														

(不開示申出)

--

(3) 患者と同じ医療保険に加入している者（患者の記載は不要）

・国民健康保険・後期高齢者医療保険の場合…世帯員全員を記入
・上記以外の医療保険の場合…被保険者のみ

1	氏名					市町村名	□患者と同じ市町村							
	個人番号													
2	氏名					市町村名	□患者と同じ市町村							
	個人番号													
3	氏名					市町村名	□患者と同じ市町村							
	個人番号													
4	氏名					市町村名	□患者と同じ市町村							
	個人番号													
5	氏名					市町村名	□患者と同じ市町村							
	個人番号													

(不開示申出)

【不開示とする理由】

不開示の事情： DV ・ 虐待 ・ ストーカー行為

2 提出書類貼付（※郵送による方法を選んだ方のみ）

※患者分のみ貼付してください。