

マイナンバー連携 ※希望する場合は☑の上、下の世帯調書を記入してください。

<input type="checkbox"/>	マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望する。
--------------------------	---------------------------

◎マイナンバー連携により書類の省略ができる場合があります。
 ◎世帯調書に不備がある場合、書類の省略はできません。
 ◎情報連携の結果、書類の提出が必要となる場合があります。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業

世帯調書

	氏名		生 年 日	保険証の負担割合	
	個人番号（マイナンバー）				
参加申請者	フリガナ		大正・ 昭和・ 平成・ 令和 年	<input type="checkbox"/>	1割または2割
				月 日	<input type="checkbox"/>

・保険証の負担割合は、資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータル健康保険証「資格情報」画面等でご確認ください。

申請書の受給者欄と申請者欄の氏名が異なる場合、代理人による申請となりますので、必ず委任状欄に記入してください。

委任状 受給者本人が申請する場合は不要	※任意代理人（受給者本人以外）が申請する場合は、必ず記入してください。 （提出の代行のみの場合や、法定代理人が戸籍謄本などその資格を証明する書類を提示する場合は不要）
	大阪府知事 様
	委任者（受給者）氏 名
	私は、この申請に係る個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいう。）を提供する権限を次の者に委任します。
	受任者（代理人） 氏 名 _____（受給者との続柄 _____）
	住 所 <input type="checkbox"/> 申請書（申請者欄）のとおり /
	電話番号 <input type="checkbox"/> 申請書（申請者欄）のとおり /

受付窓口にお持ちいただくもの

①参加者が申請者の場合	②申請書の参加者と申請者が異なる場合 （代理人が申請する場合）
<ul style="list-style-type: none"> 受給者のマイナンバーカード（両面） ●マイナンバーカードを持っていない場合 <ul style="list-style-type: none"> 個人番号通知カード } どちらか 個人番号が記載された住民票 } どちらか + 身元確認書類※ 	<ul style="list-style-type: none"> 受給者のマイナンバーカード（裏面） 代理人のマイナンバーカード（表面） ●受給者がマイナンバーカードを持っていない場合 <ul style="list-style-type: none"> 受給者の個人番号通知カード } どちらか 受給者の個人番号が記載された住民票 } どちらか ●代理人がマイナンバーカードを持っていない場合 <ul style="list-style-type: none"> 代理人の身元確認書類※

○代理人が書類提出を受給者から依頼され、申請書の申請者欄が受給者本人の場合は、①の受付方法になります。

○お持ちいただく場合、写しでも可能です。郵送の場合は写しを提出ください。

※身元確認書類

- どちらかで確認
- 顔写真が入った身分証明書（次の書類のうち1点）
 運転免許証、パスポート、障がい者手帳、在留カード、特別永住者証明書、写真つき住民基本台帳カード
 - 顔写真の入っていない身分証明書（次の書類のうち2点）
 健康保険証、年金手帳、受給者証、通知カード、住民票、
 写真なし身分証明書（学生証、社員証、住民基本台帳カード、資格証明書等）、
 その他官公署が発行した書類で氏名及び生年月日又は住所の記載があるもの

	番号確認	本人（代理人）確認（1点）	本人（代理人）確認（2点）
保 健 所 記 入 欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（裏面）	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（表面）	<input type="checkbox"/> 医療保険証
	<input type="checkbox"/> 個人番号通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 年金手帳
	<input type="checkbox"/> 個人番号付き住民票等	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 官公署発行書類
		<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 肝炎等受給者証
		<input type="checkbox"/> 障がい者手帳	<input type="checkbox"/> その他