第１号様式の９（第６関係）

マイナンバーの利用等の取り扱いに関する同意書

下記の者は、高知県知事が行う高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づく事務手続きを処理するために限って、医療保険の資格情報及び直近年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

年　　月　　日

高知県知事　様

申請者

1	（フリガナ） 氏名**（自署）**		性別	男・女	1月1日時点の所在市町村	
	個人番号		続柄	本人	生年月日	年　月　日
	医療保険の種別	□国民健康保険　□後期高齢　□協会けんぽ　□健保組合　□国保組合　□船員保険　□共済組合				
2	（フリガナ） 氏名**（自署）**		性別	男・女	1月1日時点の所在市町村	
	個人番号		続柄		生年月日	年　月　日
	医療保険の種別	□国民健康保険　□後期高齢　□協会けんぽ　□健保組合　□国保組合　□船員保険　□共済組合				
3	（フリガナ） 氏名**（自署）**		性別	男・女	1月1日時点の所在市町村	
	個人番号		続柄		生年月日	年　月　日
	医療保険の種別	□国民健康保険　□後期高齢　□協会けんぽ　□健保組合　□国保組合　□船員保険　□共済組合				
4	（フリガナ） 氏名**（自署）**		性別	男・女	1月1日時点の所在市町村	
	個人番号		続柄		生年月日	年　月　日
	医療保険の種別	□国民健康保険　□後期高齢　□協会けんぽ　□健保組合　□国保組合　□船員保険　□共済組合				
5	（フリガナ） 氏名**（自署）**		性別	男・女	1月1日時点の所在市町村	
	個人番号		続柄		生年月日	年　月　日
	医療保険の種別	□国民健康保険　□後期高齢　□協会けんぽ　□健保組合　□国保組合　□船員保険　□共済組合				

※同意する者自らが署名を行うこと。なお、15歳以下の者の同意（自署）は不要。世帯主もしくは親権者が記入してもよい。

※市町村民税合算対象からの除外を希望しない場合は、保険情報のチェックは不要です。

申請受付機関記載欄	確認者　（　　）
番号確認	身元確認
□マイナンバーカード □通知カード □住民票（個人番号記載）	□マイナンバーカード □顔写真付き身分証明書（１つ） 運転免許証・パスポート・その他（　　） □顔写真のない身分証明書（２つ） 資格確認書・年金手帳・その他（　　）