個人番号の閲覧及び提供に関する同意書

軽井沢町長 殿

障害者自立支援法に基づく自立支援医療費の支給認定にあたり、個人番号の閲覧及び長野県への情報提供について同意します。

- ※ あなたが加入している医療保険の被保険者証に記載されている方全員が記名、押印してください。
尚、国民健康保険の場合、1人につき1枚のカード式保険証ですが、マイナンバーカードの提示は、国保に加入されている方全員の同意が必要になります。
- ※ 住所は「同上で」結構です。

令和 年 月 日

住所 _____

(受診者) 氏名 _____ 印

住所
氏名 _____ 印

※上記の同意書を提出されない場合は、健康保険証の世帯員全員の個人番号カード（または通知カード）の写しを提出してください。