

# 登録データの確認結果について

「医療保険に関する登録データの確認のお願い」に記載された内容についてご確認の上、当てはまる項目の□にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。

裏面に添付書類を貼り付けてください。

記入日 令和 年 月 日

①記載されている情報に誤りはない。

②「あなたの個人番号(マイナンバー)」の情報が異なっている。

(下記に正しい個人番号(マイナンバー)12桁をご記載ください。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

③「あなたの現在の医療保険加入情報」の情報が異なっている。

(下記に正しい保険者名・記号番号をご記載ください。)

保険者名	記号・番号
------	-------

※枝番が分からないときは記載不要

回答者 (確認対象者) 情報	被保険者証 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	(枝番)	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		
	住所 (住民票住所)	(フリガナ) 〒 -	※現在、住民票住所と異なる住所にお住まいの場合は、以下に現在お住まいの住所をあわせてご記入ください。 (〒 -)		
	電話番号		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

## 登録データの確認結果について【裏面】

表面の②・③にチェックを入れた場合は、以下の①の添付書類をこの面に糊付けしてください。  
表面の②にチェックを入れた場合は、以下の②の添付書類もこの面に糊付けしてください。  
※のりしろで貼り切れない大きな書類は、端を折ってください。

①

のりしろ

### 身元確認書類

(表面の②または③にチェックをつけた場合)

#### ◆マイナンバーカードをお持ちの場合

マイナンバーカードの表面(顔写真のある面)のコピーを添付してください。

#### ◆マイナンバーカードをお持ちでない場合

次のいずれかの書類1点のコピーを添付してください。

- ・ 運転免許証
- ・ パスポート
- ・ その他官公署発行の写真付き身分証明書

②

のりしろ

### 番号確認書類

(表面の②にチェックをつけた場合のみ)

#### ◆マイナンバーカードをお持ちの場合

マイナンバーカードの裏面(マイナンバーの記載された面)のコピーを添付してください。

#### ◆マイナンバーカードをお持ちでない場合

次のいずれかの書類1点のコピーを添付してください。

- ・ 住民票(マイナンバーの記載のあるもの)
- ・ 住民票記載事項証明書(マイナンバーの記載のあるもの)

この届書は個人番号(マイナンバー)等を届け出ていただくためのものです。届け出ていただいた個人番号(マイナンバー)は、番号利用法(マイナンバー法)に定める事務のみに利用し、適正に保管・管理いたします。