

マイナンバー調書兼同意書

1. 直近年度の地方税関係情報を知事が取得することについて、

- 希望(同意)します。→該当者それぞれが下記に署名し、マイナンバーを記載してください。
ただし、マイナンバーを用いた情報連携が実施できない場合は、書類の提出を依頼することがあります。
- 希望(同意)しません。→世帯全員分の市町民税所得課税証明書(原本)の提出が必要です。

2. 医療保険の支給に関する情報を知事が取得することについて

- 希望(同意)します。
ただし、マイナンバーを記載してください。
- 希望(同意)しません。

(例)

本人・妻・長男(大学生アルバイト収入あり)・
次男(高校生収入無し)・母
の5人世帯で、扶養関係にない母(高収入)の

ふりがな	続柄	個人番号(マイナンバー)												情報照会を希望する項目
氏名(自署)		医療保険の種別												
えひめ たろう 愛媛 太郎	本人	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	課税 <input checked="" type="checkbox"/> 保険 <input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合												
はなこ 花子	妻	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	課税 <input checked="" type="checkbox"/> 保険 <input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <small>※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。</small>												
いちろう 一郎	長男	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	課税 <input checked="" type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <small>※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。</small>												
じろう 二郎	次男													課税 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <small>※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。</small>												
まつやま うめこ 松山 梅子	母	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	課税 <input checked="" type="checkbox"/> 保険 <input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <small>※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。</small>												
														課税 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <small>※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。</small>												
														課税 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <small>※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。</small>												
申請者又は代理人 (代理人による提出は来所 申請の場合のみ) の本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書 (運転免許証・パスポート・その他()) <input type="checkbox"/> 顔写真のない身分証明書 ※2つ必要 ()		申請者及び世帯員の番号確認 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 個人番号付きの住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード(氏名、住所等の記載事項に変更がないものに限る)											