

医療保険情報確認同意書

私は、要介護（要支援）認定申請の手続きをするにあたって、私の医療保険情報を個人番号を用いた情報連携等により確認することに同意します。

申請書の名称	介護保険要介護（要支援・要介護更新・要支援更新）認定申請書 介護保険要介護（要支援）認定区分変更申請書
--------	--

※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第 19 条第 8 号の規定に基づく情報照会及び同法第 22 条第 1 項の規定に基づく情報提供

令和 年 月 日

被 保 険 者

住 所 : _____

氏 名 : _____

生 年 月 日 : M・T・S 年 月 日

【届出人】

住 所 : _____

氏 名 : _____ 生年月日 : _____ 年 月 日

【公簿等で確認する理由】

申請者が資格確認書等を持参していなかった。

その他 _____

【本人確認書類】

運転免許証

マイナンバーカード

介護保険被保険者証

パスポート

その他 ()